

Université de Sherbrooke

**Les ordonnances collectives comme outil
pour déployer la collaboration interprofessionnelle
et améliorer les suivis offerts aux personnes diabétiques
au sein des groupes de médecine de famille**

Par
Caroline Bois
Programmes de sciences cliniques

Thèse présentée à la Faculté de médecine et des sciences de la santé
en vue de l'obtention du grade de philosophiae doctor (Ph.D.)
en sciences cliniques (spécialisation en santé communautaire)

Sherbrooke, Québec, Canada
Septembre, 2018

Membres du jury d'évaluation

Élise Roy, M.D., M.Sc., professeure titulaire, présidente du jury, Département des sciences
de la santé communautaire, Université de Sherbrooke
Pierre Pluye, M.D., Ph.D., professeur titulaire, membre du jury externe, Département de
médecine de famille, Faculté de médecine, Université McGill
Yves Couturier, M.s.s., Ph.D., professeur titulaire, membre du jury externe, Département
de travail social, Université de Sherbrooke
Maryse Guay, M.D., M.Sc., professeure titulaire, directrice de recherche, Département
des sciences de la santé communautaire, Université de Sherbrooke
Cécile Michaud, Inf. Ph.D., professeure titulaire, directrice de recherche, École des
sciences infirmières, Université de Sherbrooke

© Caroline Bois, 2018

RÉSUMÉ

Les ordonnances collectives comme outil pour déployer la collaboration interprofessionnelle et améliorer les suivis offerts aux personnes diabétiques au sein des groupes de médecine de famille

Par

Caroline Bois, M.PS.

Programmes de sciences cliniques

Thèse présentée à la Faculté de médecine et des sciences de la santé en vue de l'obtention du diplôme de philosophiae doctor (Ph. D.) en sciences cliniques. Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada, J1H 5N4

Contexte : Le déploiement de la collaboration interprofessionnelle est une nécessité reconnue internationalement pour optimiser les soins offerts aux personnes atteintes de diabète. Depuis 2002, la réforme québécoise a permis l'introduction d'ordonnances collectives pour l'accroître. **But :** Cette étude vise à décrire et expliquer le processus d'implantation d'ordonnances collectives pour le suivi du diabète (OCD) dans les groupes de médecine de famille (GMF). **Méthode :** En s'appuyant sur un modèle intégrant un modèle de diffusion d'innovations, de collaboration interprofessionnelle et la notion d'objet intermédiaire, six questions ont guidé les choix de la méthode et des variables. À l'aide un devis mixte séquentiel explicatif (QUANT + qual) → QUAL, les caractéristiques des GMF, celles de l'innovation et du contexte externe, le processus d'implantation des OCD ainsi que leurs retombées pour les professionnels et les patients ont été étudiés. Une étude descriptive transversale provinciale sur les OCD implantées a été réalisée auprès des GMF, suivie d'une étude de cas d'un GMF ayant optimisé les OCD. **Résultats :** Dix ans après leur lancement, l'implantation des OCD est partielle (58 % des GMF les utilisent), surtout si l'on considère la diversité et la portée clinique de celles implantées. Trois processus enchâssés sont évoqués pour expliquer leur implantation; l'un de nature individuelle (donner un sens à sa pratique incluant l'innovation), le deuxième de nature organisationnelle (faire consensus pour s'engager à collaborer) et le dernier systémique (établir des normes). En jouant le rôle d'objet intermédiaire, les OCD ont contribué à rehausser la collaboration infirmière-médecin et à incarner la réforme des soins primaires à un niveau opérationnel. Dans le GMF-cas ayant déployé avec intensité les OCD et une collaboration en action, l'accès accru aux soins et leur personnalisation ont été reconnus comme retombées positives par la triade patient-infirmière-médecin. Deux schémas synthèses illustrent une perspective dynamique des phénomènes étudiés. **Conclusions :** Les OCD, comme objet intermédiaire, ont concouru à la réalisation de la réforme misant sur la collaboration interprofessionnelle. La présente démarche réitère que l'intériorisation et la formalisation sont des dimensions essentielles à la structuration de la collaboration interprofessionnelle en action. Les devis mixtes s'avèrent utiles pour comprendre les processus complexes tel que l'assimilation d'innovations par les organisations de soins.

Mots-clés: collaboration interprofessionnelle, innovation, ordonnance collective, devis mixte séquentiel explicatif, diabète.

SUMMARY

Context: Deployment of interprofessional collaboration is an internationally recognized necessity to optimize care offered to people affected by diabetes. Since 2002, Quebec's health reform promotes interprofessional collaboration by introducing collective prescriptions. **Aim:** Describe and explain uptake process of collective prescriptions for diabetes (CPD) follow-up in a new primary care organisation, Family Medicine Group (FMG). **Method:** Based on an integrated model of Greenhalgh's diffusion of innovations with D'Amour's interprofessional collaboration models and notion of intermediate object, six questions guided the choice of variables and method. An explanatory sequential study (QUANT + qual) → QUAL considers characteristics of FMGs, innovation and external context, the CPD uptake process as well as outcomes for professionals and patients. A descriptive study based on a provincial survey of FMG paired with analysis of implemented CPD were realized, followed by a case study of a FMG having optimized CPD. **Results:** Ten years after their launch, CPD uptake is partial, since 58 % of the FMGs use them, and especially if we consider diversity and clinical reach of those implemented. Three interwoven processes are identified to explain CPD uptake; one of individual nature (make sense of ones' practice modified by the innovation), one of organizational nature (reach a group consensus to make a commitment to collaborate) and one systemic (establish standards). By playing the role of intermediate object, the CPD contributed to intensify nurse-doctor collaboration and to embody primary care reform at an operational level. In the case study of a FMG having optimized CPD and demonstrating collaboration in action, patient-nurse-doctor triad attributed positive outcome to CPD such as increased access and customization (personalization) of care. Two illustrations synthesize a dynamic perspective of the studied phenomena. **Conclusions:** CPD, as the intermediate object, contributed to the realization of the reform promoting interprofessional collaboration. Our approach reiterates that interiorization and formalization are essential dimensions in structuring interprofessional collaboration in action. Mixed-methods are useful to understand complex processes such as assimilation of innovations by health care organizations.

Keywords: collaboration interprofessional, innovation, collective prescription, explanatory sequential mixed method, diabetes.

DÉDICACE

À mon grand-père et à mon père pour leur fascination pour la science, à ma mère infirmière, à mes sœurs bienveillantes, à mes enfants Sarah, Laurianne et Marielle qui m'entourent de leur vitalité et à mon conjoint, Christian, compagnon de toutes mes traversées;

À mon professeur Monsieur Trudeau qui m'a glissé un livre de Foucault pour nourrir ma curiosité l'été de mes 17 ans. À toutes les personnes d'ici et d'ailleurs qui en croisant mon chemin m'ont partagé leurs doutes, leurs souhaits et leurs vérités,

Je vous remercie profondément de votre générosité.

ÉPIGRAPHE

« Il n'y a qu'un seul point de l'Univers que vous êtes certain de pouvoir changer... c'est vous-même ! » *Aldous Huxley*

TABLE DES MATIÈRES

Résumé	ii
Summary.....	iii
Dédicace	iv
Épigraphe	v
Table des matières	vi
Liste des tableaux.....	ix
Liste des annexes	x
Liste des abréviations.....	xii
Remerciements	xiv
Introduction	1
Chapitre 1 - Problématique	2
1.1 Problématique.....	2
1.2 But de l'étude.....	8
Chapitre 2 - Recension des écrits	9
2.1 Renseignements sur le diabète.....	9
2.2 Définition de concepts centraux et modèles conceptuels	14
2.2.1 Collaboration interprofessionnelle	14
2.2.1.1 Définition	14
2.2.1.2 Cadre conceptuel	18
2.2.2 Innovation.....	21
2.2.2.1 Définition	21
2.2.2.2 Cadrage conceptuel.....	21
2.3 OC et dispositifs apparentés (DA)	29
2.3.1 OC : définition et conditions d'application.....	30
2.3.2 DA: définitions	32
2.3.3 État des connaissances sur les OC et les DA.....	33
2.3.3.1 Démarches de recension	33
2.3.3.2 Publications sur les DA et les OC.....	36
2.3.3.3 Résumé	48
2.4 GMF comme contexte interne.....	49
2.4.1 Description des GMF.....	50
2.4.2 Conditions d'implantation des GMF et de la pratique infirmière	51
2.5 Contexte externe des GMF.....	53

2.6	Positionnement de la démarche en fonction de la recension	57
2.6.1	Orientations	57
2.6.2	Modèle intégrateur	60
2.6.3	Questions de recherche	61
Chapitre 3 - Méthode	62	
3.1	Devis de recherche	62
3.2	Construits, dimensions, variables et indicateurs à l'étude	65
3.3	Volet 1 : Dispositif descriptif transversal	66
3.3.1	Population et échantillon	66
3.3.2	Recrutement	67
3.3.2.1	Création d'une liste d'envoi	67
3.3.2.2	Contacts avec les participants	67
3.3.3	Collecte de données	68
3.3.3.1	Vue d'ensemble de la collecte	68
3.3.3.2	Questionnaire	69
3.3.3.3	Collecte des OCD implantées	71
3.3.4	Traitement et analyse des données	72
3.3.4.1	Questionnaire	72
3.3.4.2	Description de l'échantillon	72
3.3.4.3	OCD : extraction et traitement des données	74
3.3.5	Analyses des données intégrées	76
3.4	Volet 2 : Étude de cas unique	77
3.4.1	Choix du cas	78
3.4.2	Recrutement du cas	78
3.4.2.1	Recrutement des participants du GMF-cas	79
3.4.2.2	Membres de l'équipe GMF-cas	79
3.4.2.3	Personnes atteintes du diabète	81
3.4.3	Collecte de données	82
3.4.3.1	Vue d'ensemble de la collecte	82
3.4.3.2	Collecte des documents	85
3.4.3.3	Observation non participante	85
3.4.3.4	Entrevues individuelles avec les membres de l'équipe GMF-cas	86
3.4.3.5	Questionnaire pour les membres de l'équipe GMF-cas	87
3.4.3.6	Entrevues avec les patients	88
3.4.4	Traitement et analyse des données de l'étude de cas	88
3.4.4.1	Documents	89
3.4.4.2	Entrevues des membres de l'équipe du GMF	90
3.4.4.3	Questionnaire	91
3.4.4.4	Entrevues des personnes atteintes du diabète	91
3.4.4.5	Intégration des données du cas	92
3.5	Validité de la méta-inférence du devis séquentiel explicatif	93

3.6 Considérations éthiques	95
3.6.1 Volet 1	95
3.6.2 Volet 2	97
Chapitre 4 - Résultats	98
Avant-propos	98
Premier article	100
Contribution de l'étudiant à la rédaction et au travail de recherche.....	100
Résumé français.....	101
Abstract	102
Introduction	103
Purpose of the Study and Research Questions	106
General Discussion	122
Second article	139
Contribution de l'étudiant à la rédaction et au travail de recherche.....	139
Résumé en français	140
Résumé en anglais	141
Introduction	142
Méthode	142
Résultats	143
Discussion	153
Chapitre 5 - Discussion générale	157
5.1 Discussion intégrée des résultats.....	157
5.1.1 Présence des OCD dans les GMF.....	158
5.1.2 Délai d'implantation des OCD	160
5.1.3 Objets spécifiques des OCD	161
5.1.4 Conditions favorables et défavorables à l'implantation des OCD	163
5.1.5 Liens entre le processus d'implantation des OCD et le déploiement de la CI	169
5.1.6 Retombées observées par les professionnels et les patients.....	175
5.2 Retombées de l'étude.....	180
5.2.1 Retombées conceptuelles.....	180
5.2.2 Retombées cliniques.....	182
5.2.3 Retombées concernant la méthode.....	183
5.2.4 Retombées pédagogiques.....	184
5.2.5 Retombées concernant la gouvernance	185
5.3 Forces et limites de l'étude	187
5.3.1 Volet I	187
5.3.2 Volet II	192
5.3.3 Devis mixte	195
Conclusion.....	197
Liste des références.....	199
Annexes	221

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1.	SCHÉMATISATION DU MODÈLE INTÉGRATEUR.....	61
FIGURE 2.	SCHÉMATISATION DU DEVIS MIXTE SÉQUENTIEL EXPLICATIF.....	65
FIGURE 3.	SCHÉMATISATION DU VOLET 1.....	69
FIGURE 4.	SCHÉMATISATION DE LA MÉTHODE DU VOLET 2 (PARTIE 1).....	84
FIGURE 5.	SCHÉMATISATION DE LA MÉTHODE DU VOLET 2 (PARTIE 2).....	84
FIGURE ARTICLE 1		
FIGURE 1.	STUDY OUTLINE INSPIRED BY FORMANOWICZ & SZCESNY (2016).	107
FIGURE 1.	ACTIVE PROCESSES IN CP IMPLEMENTATION.....	129
FIGURE ARTICLE 2		
FIGURE 1.	RETOMBÉES DES ORDONNANCES COLLECTIVES POUR LE SUIVI CONJOINT DU DIABÈTE.	147

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 -	REPRÉSENTATIVITÉ DES GMF PARTICIPANTS.....	73
TABLEAU 2 -	TITRE D'EMPLOI, STATUT D'ADMISSIBILITÉ ET PARTICIPATION DES MEMBRES DU GMF-CAS	80
TABLEAUX ARTICLE 1		
TABLE 1 –	INFLUENTIAL CONDITIONS OF CPD IMPLEMENTATION	115
TABLE 2 –	COLLABORATION AND CP ELABORATION, EARLY UTILIZATION, SCALE-UP PHASE AND AT TIME OF THE STUDY ..	119
TABLEAUX ARTICLE 2		
TABLEAU I-	DESCRIPTION DES PARTICIPANTS (N = 21) ET DES MODALITÉS D'ENTREVUES (QUÉBEC, 2013)	144
TABLEAU II -	INFORMATIONS SUR LES OCD EN VIGUEUR. SELON LA DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR, LE TYPE, L'OBJET ET LA CLIENTÈLE VISÉE	145

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 -	STRUCTURATION DE LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE – MODÈLE DE D’AMOUR ET COLLABORATEURS (2003) : DIMENSIONS, VARIABLES ET NIVEAUX.....	222
ANNEXE 2 -	DIFFUSION DES INNOVATIONS – CADRE DANS EL DE GREENHALGH ET COLLABORATEURS (2004)	223
ANNEXE 3 -	CONDITIONS FAVORABLES ET DÉFAVORABLES À L’IMPLANTATION ET L’UTILISATION DES DA OU OCD	224
ANNEXE 4 -	RÉSUMÉ DES ÉTUDES RETENUES SUR LES DA.....	226
ANNEXE 5 -	RÉSUMÉ DES ÉTUDES ÉVALUATIVES SUR L’IMPLANTATION DES GMF.....	230
ANNEXE 6 -	EXEMPLES D’ÉMETTEURS RÉCURRENTS DE CONTENU PUBLIC SUR LES OC.....	236
ANNEXE 7 -	TABLEAU DES CONSTRUITS, DIMENSIONS, VARIABLES ET INDICATEURS.....	239
ANNEXE 8 -	CARTE POSTALE POUR LE RECRUTEMENT DES GMF	243
ANNEXE 9 -	INVITATION À PARTICIPER À UNE ÉTUDE MULTICENTRIQUE - MÉDECIN	245
ANNEXE 10 -	INVITATION À PARTICIPER À UNE ÉTUDE MULTICENTRIQUE - INFIRMIÈRE	247
ANNEXE 11 -	FORMULAIRE D’INFORMATION ET DE CONSENTEMENT	248
ANNEXE 12 -	QUESTIONNAIRE GMF POUR INFIRMIÈRE	252
ANNEXE 13 -	GUIDE D’ÉVALUATION DU QUESTIONNAIRE D’ENQUÊTE	264
ANNEXE 14 -	ÉTUDE DE CAS : APPROCHE MD-INF	267
ANNEXE 15 -	AVIS AIRE PUBLIQUE	268
ANNEXE 16 -	FICHE D’ACTIVITÉ	269
ANNEXE 17 -	GUIDE D’ENTREVUE AUPRÈS DES INFORMATRICES-CLÉS	270
ANNEXE 18 -	GUIDE D’ENTREVUE INDIVIDUELLE AUPRÈS DES PROFESSIONNELS.....	271
ANNEXE 19 -	AIDE-MÉMOIRE ENTREVUE – GESTIONNAIRE	272
ANNEXE 20 -	AIDE-MÉMOIRE ENTREVUE – PERSONNEL DU GMF	273
ANNEXE 21 -	QUESTIONNAIRE POUR LES MEMBRES DU GMF-CAS	274
ANNEXE 22 -	GUIDE D’ENTREVUE AUPRÈS DES PATIENTS DIABÉTIQUES IMPLIQUÉS DANS LE SUIVI CONJOINT	279
ANNEXE 23 -	CCER 10-11-12 APPROBATION FINALE	280
ANNEXE 24 -	DEMANDE D’ÉVALUATION DU PROJET MP-ASSS-MTL-11-005 DÉCISION FINALE POSITIVE.....	283
ANNEXE 25 -	DEMANDE D’ÉVALUATION DU PROJET MP-ASSS-MTL11-005 DÉCISION FINALE POSITIVE 6 ^E MISE À JOUR.....	287
ANNEXE 26 -	CCER 10-11-12 APPROBATION DE LA DEMANDE DE MODIFICATION	290
ANNEXE 27 -	RENOUVELLEMENT D’UNE APPROBATION DE PROJET PAR LE COMITÉ D’ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DE L’AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL.....	292
ANNEXE 28 -	CCER 10-11-12 RENOUVELLEMENT 2012-2013.....	294
ANNEXE 29 -	FORMULAIRE D’INFORMATION ET DE CONSENTEMENT PATIENT PARTICIPANT À UN SUIVI POUR LE DIABÈTE	296
ANNEXE 30 -	CHAIN OF EVIDENCE (ARTICLE 1).....	301
ANNEXE 31 -	CARACTÉRISTIQUES DES OCD ENVOYÉES PAR LES GMF	304

ANNEXE 32 -	COMPARAISON DES GMF SELON LE STATUT LÉGAL POUR DES INDICATEURS CHOISIS.....	325
ANNEXE 33 -	COMPARAISON DES GMF SELON LES VAGUES D'ACCREDITATION	326
ANNEXE 34 -	RÔLES ET FONCTION DE L'INFIRMIÈRE DU GMF AUPRÈS DE LA CLIENTÈLE DIABÉTIQUE	327
ANNEXE 35 -	<i>CLUSTERS OF FMGS ACCORDING TO CPD</i> (ARTICLE 1).....	328
ANNEXE 36 -	CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS RECRUTÉS	329
ANNEXE 37 -	RÉSUMÉ DES ENTREVUES AUPRÈS DE PATIENTS DIABÉTIQUES IMPLIQUÉS DANS LE SUIVI CONJOINT	330

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACMDP	Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec
AQESSS	Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux
ASSS	Agence de santé et des services sociaux
AMQ	Association médicale du Québec
CCM	<i>Chronic Care Model</i>
CI	Collaboration interprofessionnelle
CII	Conseil des infirmières et infirmiers
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CM	Conseil multidisciplinaire
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CMQ	Collège des médecins du Québec
CNS	<i>Clinical nurse specialist</i>
CP	<i>Collective prescription</i>
CPD	<i>Collective prescription for diabetes</i>
CPFC	<i>Collective prescription on female contraceptive</i>
CSSS	Centre de santé et des services sociaux
DA	Dispositif apparenté aux ordonnances collectives
DAR	Dispositif apparenté retenu lors de la recension
DSI	Direction des soins infirmiers
IC	Intervalle de confiance
F	Féminin
FMG	<i>Family Medecine Group</i>
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
FP	<i>Family Physician</i>
GMF	Groupe de médecine de famille
HbA1c	Hémoglobine glyquée
HDL	Lipoprotéine de haute densité
HGO	Hypoglycémiant oral
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
Inf	Infirmière ou infirmier
ins	Insuline
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPSPL	Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
LDL	Lipoprotéines de basse densité
M	Masculin
md	Médecin
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
N	<i>Nurse</i>
OC	Ordonnance collective
OCCH	Ordonnance collective pour la contraception hormonale
OCD	Ordonnance collective pour le suivi du diabète
OCITSS	OC pour traiter les infections transmissibles sexuellement et par le sang

OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
Opt	Mobilité optimale
OPQ	Ordre des pharmaciens du Québec
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>
SO	Standing order
TCI	<i>Team Climate Inventory</i>
TC	Travail à temps complet
TR	Mobilité très réduite
TP	Travail à temps partiel
R	Mobilité réduite
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
Rx	Médicaments

REMERCIEMENTS

Plusieurs personnes ont rendu possible ce très long parcours, chacune d'entre elles se mérite des remerciements chaleureux pour m'avoir entourée et avoir partagé leurs ressources avec élan et considération. Très engagées à mes côtés, dans un pas-à-pas sinueux, Maryse Guay et Cécile Michaud m'ont accompagnée comme directrices. Elles ont été des guides généreuses de leur temps, de leur expertise avec une attention bienveillante, qui laisseront à jamais leurs empreintes dans ma vision de l'accompagnement académique. Pre Isabelle Gaboury et Pre Nathalie Delli-Colli, collègues et amies, ont souvent réussi à me donner de la perspective sur ma poursuite et ma production, avec sérieux et humour dans un dosage habile. À elles, s'ajoutent les étudiants et les professeurs associés au programme de formation complémentaire 4P duquel j'ai profité grandement grâce à l'appui silencieux de milliers de citoyens canadiens et québécois. Comme boursière, je suis hautement reconnaissante envers Dr Jean Cusson, ancien directeur du centre de recherche de l'hôpital Charles-Le Moyne, la Fondation de cet hôpital qui m'a permis d'entreprendre un retour aux études ainsi qu'envers le Fonds du Québec-Santé et l'Institut de recherche en santé du Canada. Merci aux professionnels et aux patients rencontrés, votre ouverture a fait la différence pour moi et possiblement pour d'autres. À mes deux sœurs de trajectoire doctorale, à Marthe Bois, ma douce tante au regard encourageant et perspicace qui a su stimuler ma réflexivité, et Francine Savard pour son appui en fin de course, à toutes un grand merci.

INTRODUCTION

Pour le bénéfice du lecteur, il semble pertinent d'annoncer le format de la présente thèse. Celle-ci contient cinq chapitres et deux articles pour en faciliter la diffusion des résultats. Une certaine redondance est inhérente à ce format. Le chapitre 1 expose la problématique, en précisant en toute fin, le but de l'étude. Le chapitre 2 précise les notions-clés et le cadrage conceptuel qui orientent la recension des écrits. Il se termine par six questions lesquelles structurent la thèse. En raison des limites relatives au format des articles, la méthode et les préoccupations éthiques sont exposées dans le chapitre 3 en complément au chapitre suivant. Le chapitre 4 est constitué d'avant-propos et des deux articles qui reviennent sur certains éléments traités précédemment. Chacun des articles discute des résultats selon un angle particulier. Par ailleurs, le chapitre 5 offre une discussion intégrée, puis aborde les forces et les limites de la démarche dans son ensemble et conclut.

La pagination est en continu en incluant dans le corps du texte les articles. La liste de figures et des tableaux n'inclut pas ceux inclus dans les articles. De nombreuses annexes sont soumises à l'attention du lecteur, certaines sont destinées à accompagner lors de la publication de l'article 1 en fichier complémentaire, et par conséquent, sont en langue anglaise. Les articles ont été rédigés pour répondre aux exigences des revues ciblées.

CHAPITRE 1 - PROBLÉMATIQUE

Le premier chapitre expose la problématique à l'origine de la présente étude et le but qui en découle.

1.1 Problématique

La capacité du système de santé à répondre de façon optimale aux besoins des personnes atteintes d'une maladie chronique est souvent discutée en affirmant la nécessité de revoir l'organisation des soins et des services (Commissaire à la santé et au bien-être, 2009, 2010; Organisation mondiale de la santé, 2008; Tsai, Morton, Mangione et Keeler, 2005). L'accès aux soins de 1^{re} ligne, la collaboration entre les établissements et entre les professionnels ainsi que l'adoption de pratiques favorisant l'autogestion des patients sont considérés centraux pour l'amélioration des soins (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2010; Agence de la santé publique du Canada, 2011; Bélanger et al., 2013; Clair, 2000; Commissaire à la santé et au bien-être, 2009; Direction de santé publique de la Montérégie, 2012; Glasgow et al., 2002; Macinko, Starfield et Shi, 2003; Organisation mondiale de la santé, 2008; Thystere, 2012). Ces orientations ont été largement alimentées par le vaste bassin d'études concernant le suivi des personnes diabétiques (Bolen et al., 2014; Conseil canadien de la santé, 2007, 2012; Tsai et al., 2005; Zhang et al., 2010; Zoffmann et Lauritzen, 2006).

Au Québec, dès 2003, pour répondre aux besoins des personnes atteintes de maladies chroniques et à ceux de la population générale, les groupes de médecine de famille (GMF) ont été proposés comme une avenue prometteuse (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2005). Un GMF est un regroupement de médecine de famille issu d'une entente contractuelle entre ces médecins et le gouvernement. Cette entente octroie en échange du respect de diverses conditions liées à l'offre de service auprès de personnes inscrites sur une base non géographique, une accréditation et une allocation proportionnelle de ressources financières et humaines (infirmière et agent administratif) ainsi qu'un appui à l'informatisation (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2005). L'entente-cadre déclare que la « pierre angulaire [des GMF] est la mise sur pied d'une équipe

interprofessionnelle [...]. Ce type de travail nécessite du temps pour la formation et des rencontres pour optimiser le travail de collaboration.» (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005, p. 72). En effet, le modèle GMF préconise la pratique de groupe chez les médecins de famille et promeut la dyade médecin-infirmière en 1^{re} ligne. Cette collaboration interprofessionnelle peut être définie comme la structuration d'une action collective à travers le partage d'information et de la prise de décisions dans les processus cliniques (D'Amour, 1997, p. 104).

Parallèlement à cette initiative de création des GMF, le projet de loi 90 (Québec., 2002, 14 juin), la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives du domaine de la santé* a redéfini le champ d'exercice des professions de la santé et le partage de certaines activités afin de soutenir la collaboration interprofessionnelle (CI). Ces dispositions législatives ont introduit les ordonnances collectives (OC). Les OC sont une prescription donnée par un médecin ou un groupe de médecins à une ou un groupe de personnes habilitées, ayant pour objet les médicaments, les examens et les soins à donner à un groupe de personnes ou pour des situations cliniques déterminées [Règlements sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin. L.R.Q. c. M-9, a.19, 1^{er} al., par. d, article 2.2°]. Les OC servent à autoriser des professionnels habilités, souvent des infirmières, à appliquer certains protocoles sans qu'ils aient besoin d'ordonnance individuelle d'un médecin (Ordre des pharmaciens du Québec, 2005). Leur venue a entraîné des pourparlers soutenus entre le Collège des médecins, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et celui des pharmaciens (Ordre des pharmaciens du Québec, 2009).

Les OC ont été annoncées comme une modalité prépondérante pour soutenir la CI dans les GMF (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2005). Les OC sont un procédé générique qui exige que l'on élabore le contenu spécifique de chacune, une à une. Cette phase d'élaboration a été suggérée comme étant l'occasion d'instaurer la CI entre les professionnels (Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, 2009). Une fois élaborée et adoptée par un GMF, l'OC permet une pratique infirmière plus étendue et permet aux médecins de s'investir dans certaines activités cliniques au profit d'autres, dorénavant confiées à leurs collaborateurs.

Les GMF et les OC représentent des innovations (Pomey, Martin et Gerlier Forest, 2009). La définition d'innovation utilisée ici est inspirée de plusieurs autres (Conseil de la science et de la technologie, 2000; Greenhalgh, Robert, Macfarlane, Bate et Kyriakidou, 2004; Rollin et Vincent, 2007; Weberg, 2009; West, 1990). Les GMF et le OC se conçoivent comme l'introduction intentionnelle d'un élément (soit d'idées, de processus, de procédures ou de produits) et à son application dans un rôle, un groupe ou une organisation. L'élément doit perçu comme nouveau par les acteurs qui seront être actifs à le négocier et le transformer par leurs actions afin qu'il corresponde à des visées significatives pour eux. Une introduction intentionnelle à petit échelle pourrait éventuellement s'achever par une institutionnalisation de l'idée, du processus, des procédures ou du produit.

Comme cela a été remarqué lors de l'introduction d'autres innovations en santé (Coombs, Chaboyer et Sole, 2007; Motulsky, Winslade, Tamblyn et Sicotte, 2008; Mur-Veeman, Eijkelberg et Spreeuwenberg, 2001; Nutting et al., 2010; Segar, Rogers, Salisbury et Thomas, 2013), il est possible que les changements engendrés par les GMF et les OC interfèrent avec la représentation qu'ont les professionnels de leur propre rôle, de leur pratique et des frontières communes à celles des autres professionnels. Tous ces éléments modulent la CI (D'Amour, Goulet, Pineault, Labadie et Remondin, 2003; D'Amour, Sicotte et Lévy, 1999; Oandasan et al., 2006; Sicotte, D'Amour et Moreault, 2002).

Dans les faits, les prévisions initiales de la réforme québécoise ne se sont pas concrétisées aussi rapidement qu'anticipées. Au lancement des GMF, il avait été envisagé qu'ils seraient au nombre de 300 en 2005, alors qu'on en comptait plutôt 100 en 2006, 300 en avril 2017 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017). Même s'ils sont bien reçus par la population, les GMF n'atteignent qu'un taux d'inscription d'un Québécois sur cinq en 2009 (Commissaire à la santé et au bien-être, 2009). Cinq années après l'introduction des GMF, la présence des infirmières ne se traduit pas nécessairement par un rôle infirmier élargi pour la majorité d'entre elles (Pineault et al., 2009). Les OC auraient pu, en partie, permettre cette avancée. Bien qu'un progrès notable ait été rapporté à l'égard de la CI dans certains GMF (Beaulieu et al., 2006; Roy et Sylvain, 2004; Trahan et al., 2007), en 2015, le vérificateur général du Québec (Leclerc, 2015) soulignait que le soutien et l'encadrement par les instances régionales (à l'époque, les centres de santé et de services sociaux) envers le

personnel clinique des GMF étaient insuffisants et leurs compétences demeuraient sous-utilisées. Plus de cinq ans après l'introduction légale des OC, leur implantation est qualifiée d'ardue (Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, 2009; Beaulieu et al., 2006; Fédération des infirmières et infirmiers du Québec, 2006; Trahan et al., 2007). Des données contradictoires sur la réceptivité des GMF aux OC ont été publiées (Guilbert et al., 2011; Guilbert, Ménard, Mercier et Caron, 2007; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, 2005). Certains rapports relatent que les GMF sont très enclins à les adopter et certains autres relatent qu'ils les adoptent moins que d'autres milieux de soins. Par ailleurs, il a été suggéré que l'élaboration et l'implantation des OC sont liées à la CI, et que l'élaboration des OC est souvent associée au suivi de la clientèle atteinte de maladies chroniques, tel que le diabète (Beaulieu et al., 2006; Trahan et al., 2007).

Au plan clinique, le potentiel d'amélioration des soins aux personnes diabétiques par un suivi conjoint médecin-infirmière en GMF, intégrant des ordonnances collectives ciblées pour le diabète (OCD) semble considérable. En effet, le diabète représente un défi (Danaei et al., 2011; Organisation mondiale de la santé, 2014) en raison de sa prévalence (Greiver et al., 2014), des complications multiples et sévères (Ekoe, Rewers, Williams et Zimmet, 2008) et des coûts associés (Comino et al., 2015; Comité d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète, 2013; Zhang et al., 2010).

L'existence de guides de pratiques cliniques et la démonstration rigoureuse des effets bénéfiques des soins les actualisant semblent propices à l'introduction des OC. De surcroît, la valeur ajoutée de l'implication de l'infirmière en 1^{re} ligne auprès des patients diabétiques a été soulignée par une revue systématique Cochrane (Renders et al., 2009). De plus, une méta-analyse avance que certaines cibles thérapeutiques sont davantage atteintes lorsqu'un professionnel de la santé qui n'est pas médecin est en mesure de faire les prélèvements et l'ajustement des médicaments sans avoir besoin d'attendre de consulter un médecin, en utilisant des algorithmes ou des protocoles préétablis (Shojania et al., 2006). Or, au Québec, les OC peuvent avoir cette fonction. À la lumière de constats déjà solidement établis dans le cadre du soin de la clientèle diabétique, il est possible d'affirmer que la CI mène à une meilleure gestion du diabète de type 2. Les résultats de niveaux de preuves élevées

encouragent aussi à instaurer des suivis conjoints dans lesquels les professionnels non-médecins peuvent endosser un rôle plus étendu et complémentaire.

Déployer la CI exige, toutefois, plus que de clarifier la législation et sa réglementation, d'impliquer des acteurs autour d'un événement (Nélisse, 1996) ou de regrouper des professionnels en un même lieu de pratique (Sicotte et al., 2002). Il faut considérer que « la structuration d'une action collective implique que nous reconnaissons être en présence d'acteurs stratégiques qui développent un ordre local à l'intérieur des contraintes de l'organisation et qui utilisent leur pouvoir pour négocier et stabiliser leurs interactions » (D'Amour et al., 1999, p. 77). Ainsi, « la CI résulte d'un processus d'interaction entre les acteurs, des acteurs avec la structure organisationnelle et de ces deux éléments avec des structures englobantes » (D'Amour, 1997, p. 104). Ce processus est reconnu comme complexe, évolutif et forgé par de nombreux déterminants systémiques, organisationnels et interactionnels (San Martin-Rodriguez, Beaulieu, D'Amour et Ferrada-Videla, 2005). À ce titre, la réforme québécoise constitue un contexte historique propice à éclairer le processus de déploiement de la CI, car il permet de considérer une variété de déterminants à l'œuvre soient d'ordre systémique (loi), organisationnel (GMF) et interactionnel (dyade médecin-infirmière; triade médecin-infirmière-patient).

Pour poursuivre les efforts de recherche sur la CI dans les GMF (Beaulieu et al., 2006; Reinharz et al., 2007), son déploiement sera étudié sous l'éclairage du modèle de structuration de la CI (D'Amour, Goulet, Pineault, Labadie et Remondin, 2003; D'Amour, Goulet, Labadie, San Martín-Rodriguez et Pineault, 2008). Ce modèle détaille quatre dimensions, deux qualifiant les relations entre individus (finalisation, intériorisation) et deux associées à l'organisation (gouvernance/ délégation de la régulation, formalisation). Ces quatre dimensions ne sont pas mutuellement exclusives, mais permettent une analyse différenciée des éléments qui interviennent dans la CI. En s'attardant à chacune, il est possible de qualifier la CI manifestée dans un milieu de soin selon une typologie qui distingue la CI en inertie, en construction ou en action. La forme la plus aboutie, la collaboration en action, se caractérise par des rapports stables, non fragilisés par les aléas ou soubresauts du contexte et guidés par un partage consensuel des responsabilités.

Les OC sont une entente officielle négociée entre les médecins des GMF, entre eux et la (les) infirmière(s) qui y travaille(nt), mais aussi entre ceux-ci et les instances qui les régulent, ce qui correspond à la formalisation de la CI. Au sein des premiers GMF (Beaulieu et al., 2006), la formalisation a été investie de façon variable par les différents GMF (Jean et Sylvain, 2010; Reinharz et al., 2007; Roy et Sylvain, 2004). Pour cerner les raisons potentielles de cette variabilité, les études effectuées au sujet de la collaboration et des innovations, autres que les OCD et les GMF offrent des pistes à explorer. Celles-ci identifient la formalisation comme un levier important de processus d'établissement de la CI (Star et Griesermer, 2008; Trompette et Vinck, 2009; Vinck, 2003, 2009). Lorsque l'innovation suppose une action collective de conception, elle repose sur l'investissement par des acteurs dans des objets intermédiaires. Ces objets intermédiaires deviennent des témoins des arrangements entre les acteurs, autrement écrit, de la formalisation de leurs interactions. Pour mieux comprendre la CI, il est judicieux de s'attarder à l'ordre d'apparition de ces objets, ici les OCD, car ils « révèlent l'organisation du processus, la répartition des tâches, leur séquençage et les lieux de régulation » (Vinck, 2009, p. 58).

En résumé, deux innovations ont été mises en œuvre pour accroître la CI dans le réseau de santé québécois, soit les GMF et les OCD. Néanmoins leur implantation respective a été jugée plus lente qu'anticipée. Cela suggère que les connaissances sur les conditions de déploiement de la CI gagneraient à être enrichies. Il serait avantageux de mieux comprendre ce qui suscite un déploiement accéléré de la CI pour qu'elle se manifeste rapidement dans un grand nombre d'organisations. À ce jour, les études sur les GMF ont surtout décrit la CI sous l'angle de sa structuration et de sa typologie. Toutefois, relativement peu est connu sur la façon dont ces concepts évoluent.

Pour étudier le déploiement de la CI dans les GMF au Québec, le contexte des soins aux personnes ayant le diabète de type 2 est jugé des plus pertinents en raison de sa prévalence, du lourd fardeau pour les individus, les organisations et les systèmes, de l'effet bénéfique des suivis effectués selon les recommandations ainsi que du niveau élevé des preuves attestant que la CI est un levier important pour l'amélioration des soins menant à une meilleure gestion du diabète de type 2.

À l'avis de l'étudiante-chercheuse, l'implantation des OCD dans les GMF constitue une opportunité historique pour étudier comment la CI se déploie. La nature des ordonnances collectives adoptées pour le suivi des personnes diabétiques (OCD) et leur processus d'implantation n'ont pas été systématiquement décrits ni leurs retombées précisées pour les professionnels et les personnes atteintes du diabète. Ce savoir est important, car il permettra de connaître les leviers pour soutenir la CI dans le contexte d'innovations, sachant que ces dernières sont nombreuses dans le domaine de la santé, qu'elles requièrent souvent la contribution de plus d'un professionnel et que lorsque la CI est présente, s'observent des retombées positives chez la clientèle et les professionnels (Boville et al., 2007; Coleman, Austin, Brach et Wagner, 2009; Lemieux-Charles et McGuire, 2006; San Martin-Rodriguez, D'Amour et Leduc, 2008; Shojania et al., 2006; Tricco et al., 2012)

1.2 But de l'étude

Le but de la présente étude est de comprendre comment se déploie la CI en décrivant l'implantation des ordonnances collectives, comme innovation, dans le contexte des soins offerts aux personnes atteintes de diabète de type 2 en GMF, lequel a été anticipé comme un nouveau milieu de soins favorable à l'établissement de la CI.

CHAPITRE 2 - RECENSION DES ÉCRITS

Cette recension comporte six sections. La première offrira des renseignements sur le diabète et son traitement, car elle traite de la condition de santé choisie pour explorer le questionnement soulevé. La deuxième présente la définition des deux notions centrales, soit la CI et l'implantation d'innovation, accompagnée d'un modèle conceptuel pour chacune. Par la suite, en cohérence avec le modèle sur la diffusion des innovations de Greenhalgh et ses collègues (2004), la recension développera l'état des connaissances en trois sections: l'une s'attardant aux OCD comme innovation, une autre sur les GMF comme contexte de soins, et une dernière sur le contexte externe des GMF. La sixième section positionne la présente démarche en formulant les orientations découlant de la recension et en propose un modèle intégrateur afin de cerner les dimensions plus centrales à explorer, puis clôture en précisant les questions de recherche.

2.1 Renseignements sur le diabète

La présente section exposera des renseignements sur le diabète (prévalence, complications, bénéfices de la prévention primaire et secondaire, autogestion et les écarts constatés entre les soins recommandés et ceux offerts) et soulignera comment son traitement est optimisé par la CI.

Le diabète représente un défi au plan mondial (Danaei et al., 2011; Organisation mondiale de la santé, 2014) en raison de sa prévalence, des complications multiples et sévères (Ekoe et al., 2008) et des coûts qui y sont associés (Comité d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète, 2013; Zhang et al., 2010). Selon le Système canadien de surveillance des maladies chroniques, la prévalence brute du diabète diagnostiqué a doublé entre 2000 et 2010, atteignant 2,4 millions d'individus, soit 7,6 % de la population totale du Canada (Greiver et al., 2014). L'incidence du diabète pour 2015 est estimée à 6,8 par 1000 habitants (Agence de la santé publique du Canada, 2014). Au Québec, sa prévalence est comparable. En 2013-2014, la prévalence du diabète chez les personnes de 12 ans et plus était de 6,9 % (Institut national de la santé publique du

Québec, 2017) et, parmi eux, nombreux étaient des grands utilisateurs de services de santé (Beaulieu, Pérez, et al., 2013; Bélanger et al., 2013; Cazale et Dumitru, 2008; Comino et al., 2006; Comino et al., 2015). Au Québec, un aîné sur quatre est atteint du diabète et, de ceux-ci, les trois quarts utilisent un médicament pour contrôler leurs glycémies (Institut national de santé publique du Québec, 2015). Au-delà des coûts directs, les instances nationales et internationales reconnaissent que des coûts intangibles y sont associés, tels ceux liés à la douleur, à l'anxiété et à la baisse de la qualité de vie; ces inconvénients ont un impact sur la vie des patients et sur leur famille (Association canadienne du diabète, 2015; Organisation mondiale de la santé, 2014; Seuring, Archangelidi et Suhrcke, 2015). En somme, il ne fait pas de doute que le diabète représente un fardeau important pour les individus, les organisations et les systèmes.

Le diabète est une maladie chronique associée à l'incapacité de l'organisme à sécréter de l'insuline en quantité suffisante ou à l'utiliser de façon adéquate. On distingue deux types, le type 1 est une maladie auto-immune qui exige la prise d'insuline pour assurer la vie en contrôlant la glycémie; le type 2 est associé à une production insuffisante d'insuline par le pancréas ou à une résistance des cellules à l'effet de l'insuline, créant ainsi une hyperglycémie. Pour le type 2, dont l'obésité est un facteur de risque, les changements d'habitudes de vie (alimentation, activité physique, perte de poids) et, éventuellement au besoin la pharmacothérapie (anti-hyperglycémifiants oraux, insuline), aident à atteindre les cibles thérapeutiques établies selon la condition de santé du patient. Un test sanguin, l'hémoglobine glyquée (HbA1c), permet d'estimer le niveau de contrôle de la glycémie au cours des trois derniers mois. Il est généralement souhaité d'observer des valeurs $\leq 7\%$ (Comité d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète, 2013). La réduction de 1 % de l'HbA1c est associée à une réduction des risques relatifs de 21 % de décès dus au diabète, de 14 % d'infarctus du myocarde et de complications microvasculaires de 37 % (UK Prospective Diabetes Study Group, 2000). De nombreux guides de pratiques cliniques ont été proposés par des comités d'experts au fil des années en cohérence avec l'avancement des connaissances. L'effet bénéfique des suivis périodiques (incluant les tests de dépistage et l'ajustement du traitement, et plus largement des activités de promotion de la santé) pour éviter ou retarder les complications

du diabète invite à mettre en place des soins qui actualisent les recommandations émises. (Clark, Sterrett et Carson, 2000; Martirosyan et al., 2008)

Dès 2003 (Comité d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète, 2003, 2008, 2013), l'Association canadienne du diabète a émis des recommandations concernant l'organisation des soins : (a) donner accès à une équipe multidisciplinaire ou interdisciplinaire plaçant le patient et sa famille au centre des soins (b) celle-ci devrait être composée d'un médecin, spécialiste ou non, d'une infirmière et d'une nutritionniste puis complétée, au besoin, par des professionnels de la santé, comme des médecins spécialistes, travailleurs sociaux, optométristes, psychologues et pharmaciens et (c) cette équipe doit entretenir des liens avec les services communautaires.

L'autogestion de la maladie est l'un des leviers identifiés pour optimiser la prise en charge des maladies chroniques (Barr, Koppel, Reeves, Hammick et Freeth, 2005; Barr et al., 2003; Coleman et al., 2009; Organisation mondiale de la santé, 2008; Tsai et al., 2005; Von Korff, Gruman, Schaefer, Curry et Wagner, 1997; Wagner, 1998). Elle est considérée aux premières loges de la prévention ou de l'apparition plus tardive des complications du diabète (Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2010; Comité d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète, 2013; Heisler, Piette, Spencer, Kieffer et Vijan, 2005; Schulman-Green et al., 2012). L'autogestion se définit comme un ensemble de stratégies permettant l'acquisition des connaissances et des habiletés pour gérer de manière optimale la maladie, accomplir les changements nécessaires et s'adapter à la maladie (Lorig et Holman, 2003). Elle implique l'auto-évaluation, la planification des actions, la résolution de problèmes, la prise de décision, l'utilisation des ressources, le partenariat avec les professionnels. Concrètement au quotidien, les patients atteints du diabète sont encouragés à effectuer l'autosurveillance des signes et des symptômes, utiliser un glucomètre avec des bandelettes afin de contrôler leur glycémie sur une base quotidienne, et de détecter les épisodes d'hypoglycémie et d'hyperglycémie dans le but d'y réagir promptement (Comité d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète, 2013; Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2013a). Les glycémies consignées permettent aux professionnels de la santé, en accord avec la personne atteinte,

d'étudier les tendances, d'ajuster la médication et les habitudes de vie ou de vérifier leurs effets sur le contrôle du diabète. En plus du contrôle de la glycémie, une grande majorité de patients diabétiques de type 2 sont aussi traités pour régulariser leur tension artérielle et leur taux de cholestérol sanguin. Le traitement optimal pour une personne diabétique devrait être établi de concert avec des professionnels de la santé en tenant compte des besoins, des bonnes pratiques et des préférences du patient. Les infirmières sont formées à offrir ces soins de santé (Association canadienne des écoles de sciences infirmières, 2015). Selon l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ),

la pratique infirmière vise à rendre la personne (famille, groupe ou collectivité) apte à prendre sa santé en charge selon ses capacités et les ressources que lui offre son environnement, quelle que soit l'étape de la vie qu'elle traverse et quelle que soit la phase de sa maladie. Elle vise également à rendre la personne capable d'assurer son bien-être et d'avoir une bonne qualité de vie (2010, p.11).

Une étude sur les premiers GMF rapporte que les infirmières considèrent avoir un rôle à jouer dans l'enseignement auprès des patients qui doivent développer des capacités d'autogestion (Beaulieu et al., 2006). Toutefois ce rôle d'accompagnement par l'éducation à la santé revêt une importance très variable d'un GMF à un autre (Beaulieu et al., 2006). Au moment de l'introduction légale des OC et des GMF, il était connu que l'actualisation des soins, tels que normés, impliquant les personnes atteintes de diabète était problématique selon les données disponibles. En effet, quatre Québécois sur dix atteints de diabète de type 2 avaient une glycémie adéquatement contrôlée (Harris, Ekoe, Zdanowicz et Webster-Bogaert, 2005).

Régulièrement, l'Association canadienne du diabète met de l'avant les résultats des différentes enquêtes canadiennes pertinentes sur les indicateurs de la qualité des suivis et de la santé des diabétiques (Association canadienne du diabète, 2015). En 2007, de nombreuses personnes diabétiques ont affirmé ne pas avoir reçu un examen annuel des pieds (49 %), un dosage de l'HbA1C (17 %), un dosage de la protéinurie (26 %) et près du quart de ces personnes n'ont pas bénéficié de l'examen de fond d'œil. Des résultats similaires ont été relevés par d'autres enquêtes plus récentes, soit en 2011 et 2014. Parmi les personnes diabétiques canadiennes consultant des médecins en 1^{re} ligne (Leiter et al., 2013), 50 % des patients atteignaient les cibles concernant HbA1c, mais seulement 13 %

des patients atteignaient l'ensemble des trois cibles suggérées (contrôle de la pression artérielle, cholestérol sanguin et HbA1c). Pour évaluer la qualité des soins offerts aux adultes québécois en 1^{re} ligne (Beaulieu, Haggerty, et al., 2013), un échantillon de 1457 patients déclarant souffrir d'au moins une maladie chronique (parmi des conditions ciblées pour leur prévalence élevée, incluant le diabète) ont été recrutés dans 37 sites qu'ils fréquentaient depuis au moins deux ans. En moyenne, 51 % des patients atteignaient les cibles souhaitées de cholestérol sanguin, 57 % atteignaient celles pour d'HbA1c, 62 % atteignaient celles pour le contrôle de la pression sanguine. Les patients atteints de maladie chronique bénéficiaient d'un suivi interdisciplinaire dans 36 % des cas.

Tel que déjà solidement établi par des méta-analyses sur les maladies chroniques, la CI mène à une meilleure gestion du diabète de type 2 (Tsai, Morton, Mangione, & Keeler, 2005; Shojania et al., 2006). Les résultats de niveaux de preuves élevés suggèrent d'instaurer des suivis conjoints dans lesquels les professionnels non-médecins peuvent endosser un rôle plus étendu et complémentaire. À cet effet, certaines cibles (activités préventives primaires et secondaires; traitements adéquats de la glycémie) sont davantage atteintes lorsqu'un professionnel de la santé qui n'est pas médecin est en mesure de faire les prélèvements et l'ajustement des médicaments sans avoir besoin d'attendre de consulter un médecin, en utilisant des algorithmes ou des protocoles préétablis (Bolen et al., 2014; Clark, Smith, Taylor et Campbell, 2011; Shojania et al., 2006). Cela s'effectue, selon les législations, par des dispositifs tels les protocoles, les *standing orders* ou les OC. Deux arguments soutiennent le recours à ce type de dispositif, entre autres, et ce spécifiquement pour le traitement à l'insuline. Le premier concerne son utilisation de plus en plus courante (Leiter et al., 2013). Le second le besoin d'enseignement qui en découle.

Au moment d'élaborer la présente recherche, aucune étude a décrit les liens entre l'implantation des OCD, la CI et l'autogestion des patients diabétiques.

2.2 Définition de concepts centraux et modèles conceptuels

Définis brièvement dans la problématique, les concepts de CI et d'innovation méritent d'être discutés plus en détail. Pour chacun, une définition sera présentée suivie d'un cadrage conceptuel.

2.2.1 Collaboration interprofessionnelle

2.2.1.1 Définition

Les prochains paragraphes présenteront quelques définitions de concepts proches de la CI ainsi que le continuum de pratique de CI pour situer les choix effectués ici, soit l'emploi du terme « collaboration interprofessionnelle » et l'angle d'étude qu'est son déploiement.

Les GMF et les OC sont des initiatives entreprises à la suite des recommandations du rapport de la Commission Clair (2000) portant sur le système québécois de la santé et des services sociaux. Il recommandait que le cadre d'exercice des pratiques professionnelles soit révisé pour créer les conditions nécessaires au travail en interdisciplinarité. Cependant, aucune définition de l'interdisciplinarité n'y est incluse, mais sont dénoncées « les pratiques actuelles qui favorisent le fonctionnement en silo » (2000, p. 128).

Depuis, l'exercice de préciser les termes interdisciplinarité, pratique interdisciplinaire, collaboration interprofessionnelle, interprofessionalisme ou pratique collaborative a été entrepris par plusieurs (Robidoux, 2007). Les chevauchements dans l'usage des définitions ont été remarqués. Perreault et Careau reconnaissant que la multiplicité des définitions perdure et invite à un consensus (Perreault et Careau, 2012). Ils concèdent toutefois que ce débat sémantique est attendu dans la phase de développement précoce de ce champ d'intérêt, d'autant plus qu'il est abordé au travers des regards de la sociologie, de la gestion, de l'éducation, de la psychologie et de la santé. À leur avis, en absence d'un vocabulaire commun et de repères ontologiques et épistémologiques, la recherche sur le sujet s'en trouve moins bien servie. D'autres reconnaissent que le discours sur l'interdisciplinarité est en lui-même un « objet-frontière », et qu'en conséquence, il exigera toujours de la négociation, de la créativité et de la collaboration (Timmis et Williams, 2017). Dans cette même perspective, l'inter, c'est-à-dire ce qui est *entre*, appellerait le mouvement plutôt que

l'intégration et la stabilisation disciplinaire. L'inter suggère un espace de rencontre. « Une telle rencontre de l'autre exige le déséquilibre, condition du mouvement, la tolérance au risque, condition de la rencontre, l'incertitude relative, condition de l'innovation » (Couturier, 2009, p. 25).

L'interdisciplinarité dans des disciplines appliquées, tels la médecine et les soins infirmiers, est souvent marquée par une visée pragmatique, centrée sur la résolution de problèmes. Citons comme point de départ, la définition d'Hébert (1990) laquelle fait le pont entre le concept d'interdisciplinarité et une modalité pour l'actualiser :

L'interdisciplinarité se définit non seulement par la juxtaposition de plusieurs disciplines, mais aussi par les relations réciproques que doivent entretenir les professionnels impliqués [...]. Le mode formel (d'application de l'interdisciplinarité) fait appel à des réunions périodiques de l'équipe interdisciplinaire visant à partager les données de l'évaluation et à coordonner le plan d'intervention (p. 55).

Reste que plus d'un clinicien saurait témoigner que les réunions qualifiées d'interdisciplinaires ne parviennent pas toujours à la réelle intégration, voire la co-construction du réel ou même à actualiser la coopération annoncée. Dans une perspective de décrire la pratique de l'interdisciplinarité, D'Amour, Sicotte et Lévy proposent (1999, p. 466) qu'elle nécessite de faire un passage d'une logique de professionnalisation à une logique de collaboration. Cette exigence a semblé teinter le vocabulaire des publications ultérieures en recherche et en éducation dans le domaine de la santé, du moins au Québec, lesquelles ont adopté largement l'utilisation de la locution « collaboration interdisciplinaire » ou « collaboration interprofessionnelle » (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2011; Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2012; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Collège des médecins du Québec et Ordre des pharmaciens du Québec, 2015; Petri, 2001). Ces deux locutions seront examinées dans les prochains paragraphes pour justifier l'emploi de la seconde le présent document.

Dans une perspective étymologique, la collaboration est l'action de collaborer. Collaborer provient du mot latin *colaborare*, composé du préfixe *co* (avec) et *laborare* (travailler), c'est-à-dire « travailler avec d'autres » (Collaborer, 2015). « Il y a discipline à partir du

moment où savoirs et conduites sont policés par un système de règles de telle façon qu'ils constituent un corps unifié saillant pour autrui. » (Couturier, 2009, p. 24). Médecins et infirmières, à la fois se ressemblent et se distinguent par leurs savoirs et leurs conduites. Ils ont des parcours de formation et des obligations qui diffèrent, le public et la loi les reconnaissent comme distincts. Par ailleurs, l'adjectif professionnel est relatif à la profession, « au métier terme désignant une occupation déterminée dont on peut tirer ses moyens d'existence. » (Profession, 2008). La profession fait référence à une occupation rattachée à une discipline, entendue ici au sens commun, « d'un champ de connaissances et de pratique qui présente une spécificité sociale reconnue [...] par l'Office des professions du Québec. » (Payette, 2001) dont des ordres responsables du contrôle de l'exercice de leur profession appliquent des règles. L'amenuisement de la distinction entre discipline et profession, dans la perspective empruntée ici, justifierait l'emploi du terme collaboration interprofessionnelle.

Plusieurs ont choisi d'illustrer les différentes formes de pratique collaborative sur un continuum (Boon, Verhoef, O'Hara et Findlay, 2004; Careau et al., 2014; Ivey, Brown, Teske et Silverman, 1988). Malgré des distinctions, toutes ces illustrations placent à l'une des extrémités de ce continuum, des professionnels qui travaillent de façon parallèle, essentiellement autonomes et agissant dans un territoire spécifiquement défini alors que, à l'autre extrémité du continuum, ils s'unissent dans une pratique intégrée et supposant une grande flexibilité des frontières professionnelles au regard des savoirs et des pratiques. Inspiré de celui d'Ivey et al. (1988), le continuum de Boon et al. (2004) ordonne la pratique parallèle, de consultation, de collaboration, de coordination, multidisciplinaire, interdisciplinaire et intégrative. La pratique se transformerait au fil du continuum à l'égard de sa philosophie, de la structure relationnelle, du processus de communication et des résultantes. Du point le moins intégré à celui le plus intégré, sur le plan de la philosophie des soins, l'accent initial sur le modèle biomédical s'amenuise alors qu'inversement celui sur les déterminants de la santé s'accroît. Toujours dans le même sens de progression, la hiérarchie s'estompe de même que la clarté des rôles (structure relationnelle), le consensus devient plus présent et l'autonomie des professionnels diminue (processus), finalement à l'égard des résultantes, la diversité et la complexité s'accroissent. Le continuum des pratiques de CI en santé et des services sociaux (Careau et al., 2014) décline les pratiques

(indépendante, parallèle, de consultation/ référence, concertation et de pratique partagée) en s'attardant à distinguer a) la situation (simple à complexe), b) l'intention des personnes (informer, échanger de l'information, se concerter sur les objectifs disciplinaires, et partager les décisions et les actions en lien avec le but commun), c) les savoirs en cause (unidisciplinaire, multidisciplinaire, interdisciplinaire) et d) les interactions (absence, direction unique, réciprocité). L'illustration continuum des pratiques de CI en santé et des services sociaux suggère un alignement entre ces quatre dimensions (Careau et al, 2014).

Plusieurs insistent sur le fait que la collaboration se manifeste sous plusieurs formes et qu'assurément l'interdisciplinarité n'a pas lieu d'être une finalité en soi ni une nécessité absolue (Careau et al., 2014; Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé, 2010) : elle devrait être en fonction de la complexité de besoins de la personne. Par ailleurs, Payette (2001) souligne qu'il est faux de conclure qu'une meilleure pratique en multidisciplinarité mènerait à une pratique d'interdisciplinarité. Il y a un saut qualitatif qu'il faut se garder d'ignorer. S'ajoute la notion de circumdisciplinarité, évoquée par Lenoir (2000) dans le contexte de l'éducation. Dans une perspective clinique, celle-ci réfère à un rapport entre les collaborateurs entre plus transformé que l'interdisciplinarité. Elle s'en distingue par la réflexivité des interlocuteurs (professionnels ou non) autour d'un objet commun (comme les meilleurs soins à mettre en œuvre avec et pour une personne en particulier) impliquant la prise en compte des savoirs issus de la pratique, voire des aspects plus subjectifs de la situation ainsi que des contraintes du réel qui s'y rattachent.

Dans le contexte très précis du suivi des maladies chroniques des adultes âgés, Bookey-Bassett et ses collègues (2017) se sont penchés sur la CI. Ils en dégagent (a) les attributs : processus interpersonnel évolutif, partage des buts, de la prise de décision et planification des soins, interdépendance, évaluation des façons de faire de l'équipe, composition diversifiée et flexible des partenaires, implication des personnes âgées dans les membres de la famille dans l'équipe, (b) les antécédents : prise de conscience des rôles, éducation interprofessionnelle, confiance entre les membres de l'équipe, croyance que la CI améliore les soins, soutien organisationnel et (c) les conséquences : redéfinition de la composition, fonctionnement des équipes, connaissances, savoir et sentiment de compétence associés aux soins de personnes âgées ayant des maladies chroniques, plan de soins holistique,

coordination des services, satisfaction et réorganisation de flux de travail. Les travaux de Booke-Bassett et al. (2017), D'Amour et al. (2003), Sicotte et al. (2002) et Petri (2001) soulignent à la fois la dimension organisationnelle et interprofessionnelle de la collaboration entre les professionnels.

Dans le guide d'accompagnement des GMF publié en 2005, la locution « collaboration interprofessionnelle » a été employé en reprenant une définition de D'Amour (2002) : « un acte collectif posé par des personnes aux connaissances, expériences et provenances diverses dont on attend qu'elles produisent un résultat global qualitativement supérieur à la somme des actes posés par chacune prise séparément. » Dans ce document, la définition s'accompagne d'une liste de manifestations de la CI : rencontres de groupe planifiées, discussions cliniques à partir des profils de patients, stratégies d'intervention novatrices, des standards cliniques établis; ordonnances collectives et des règles de soins; analyse et l'évaluation des profils de pratique; dossier unique partageable, conditions matérielles et financières appropriées; maintien et le développement des compétences.

Pour la présente démarche, à la lumière de toutes ces considérations, le mot « collaboration » est bien à retenir, mais utiliser seul, il ne traduirait pas suffisamment le poids des cadres de régulation qui orientent les interactions entre les personnes qui travaillent ensemble. Ainsi l'ajout du terme professionnel est de mise pour en rendre compte. Par contre, le préfixe *inter* ne devrait pas confondre le lecteur par rapport au sujet d'intérêt ici, car il concerne autant les relations entre les médecins, nouvellement regroupés en GMF pour y adopter une pratique de groupe, que les interactions entre les médecins et les infirmières, comme nouvelle dyade. Utiliser la locution « collaboration interprofessionnelle » a le mérite d'être en continuité avec le document maître du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) sur les GMF et également avec le cadre théorique choisi pour s'intéresser au déploiement de la CI.

2.2.1.2 Cadre conceptuel

Le modèle de D'Amour et al. (1999) a été retenu au profit de la continuité avec les efforts d'études antérieures sur le système de santé québécois impliquant tant des équipes de soins, des organisations et des réseaux de santé intégrés (Beaulieu et al., 2006; D'Amour, Goulet,

et al., 2008; Lessard, 2005). Selon ses auteurs, ce modèle s'applique tant à la collaboration interprofessionnelle, interétablissements et qu'intersectorielle. Inspiré de l'approche de l'action collective, plus spécifiquement de l'analyse organisationnelle de Friedberg (1993) en sociologie des organisations, ce modèle conçoit la collaboration entre les professionnels de la santé comme un processus de structuration d'une action collective entre partenaires en situation d'interdépendance. L'action collective est le produit des actions et des comportements des différents partenaires. Trois principales prémisses régissent les organisations : a) les acteurs stratégiques agissent en poursuivant des intérêts personnels ou professionnels, b) le système local comporte des contraintes face à l'éventuel chaos créé par les acteurs, c) le pouvoir est conçu comme une capacité d'action dans le système. Depuis la publication initiale (D'Amour, 1999), la collaboration se conçoit comme suit : « La structuration d'une action collective qui implique que nous reconnaissons être en présence d'acteurs stratégiques qui développent un ordre local à l'intérieur des contraintes de l'organisation et qui utilisent leur pouvoir pour négocier et stabiliser leurs interactions. » (p. 77). Néanmoins, au fil des publications, ce modèle s'est vu modifié à l'égard des termes utilisés pour identifier les quatre dimensions et les attributs de la CP (1999, 2003, 2008).

D'Amour et collaborateurs (D'Amour, Goulet et al., 2008) suggèrent d'analyser la collaboration selon quatre dimensions soit la finalisation, l'intériorisation, la formalisation et la délégation de la régulation; les deux premières relèvent de processus interpersonnels et, les deux autres, de dimensions organisationnelles. Les dimensions sont reliées entre elles et s'influencent. Chaque dimension a des attributs. La finalisation réfère à l'existence de buts communs et dépend de leur appropriation par l'équipe avec la reconnaissance de motifs et d'allégeances divergents, de même que de la diversité des définitions et des attentes au regard de la collaboration. L'intériorisation de la collaboration fait appel à la conscience de l'interdépendance des professionnels et de l'importance de gérer cette interdépendance, laquelle se traduit par la confiance et la connaissance mutuelle des valeurs et des cadres de référence disciplinaires des acteurs. La formalisation réfère aux règles et aux ententes pour réguler l'action en renforçant les structures. Finalement, la délégation de la régulation est associée au leadership centralisé ou local, à l'expertise et à la connectivité entre les acteurs. Dans toute action collective, les quatre dimensions interagissent et s'influencent entre elles. Cependant, la mise en oeuvre de chacune d'elles variera selon les

situations et le contexte spécifique. Ainsi, ce processus peut amener différents niveaux de CI.

Dans un effort de créer une typologie, D'Amour et collaborateurs (2003, p. 9-10) ont précisé les variables d'analyse de la collaboration (annexe 1). Après un examen détaillé de ces quatre dimensions et de leurs attributs, il est possible de qualifier la collaboration selon trois niveaux, soit en inertie, en construction ou en action. La collaboration en inertie, niveau le plus faible, est caractérisé par l'absence de relation ou de négociation ou par des conflits qui neutralisent les efforts de développement - les services sont restreints en termes de continuité et d'efficacité. La collaboration en construction, qualifiée de niveau intermédiaire, se manifeste par de la négociation et le partage des responsabilités non consolidé - l'efficacité pourrait être améliorée. La collaboration en action, niveau le plus élevé, correspond à une collaboration stable, peu influencée par les modifications dans le système de santé plus large. Le partage de la responsabilité fait l'objet de consensus. Les principes d'efficacité et de continuité de soins sont incarnés. Le niveau de collaboration (en inertie, en construction, en action) peut être considéré comme une caractéristique variable que l'on peut qualifier à un moment précis de la vie d'une organisation. Le déploiement de la CI est ici défini comme le passage d'une collaboration, dite en inertie, à une collaboration en action.

La qualité des relations entre professionnels, et ce particulièrement, dans un contexte de diversité professionnelle a été soulignée comme étant une dimension incontournable à étudier lorsque l'on s'intéresse aux innovations en santé (Fitzgerald, Ferlie, Wood et Hawkins, 2002). Or, la collaboration entre les individus ou les organisations est présentée dans les écrits, soit comme une condition favorable, soit comme une partie intégrante du processus d'implantation d'innovations ou encore comme une retombée de l'innovation étudiée (Anderson-Butcher, Lawson et Barkdull, 2002; Anttila, Huhtala, Pekurinen et Pitkälä, 2000; Cummings, Fraser et Tartier, 2003; Dopson, Locock, Chambers et Gabbay, 2001; Jansen, de Bont, Foets, Bruijnzeels et Bal, 2007; Laing, 2002; Lassen, Grinderslev et Nyholm, 2008; Nelson, Wright, Connor, Buckley et Cumming, 2009; Roald et Edgren, 2001; VanDeusen Lukas et al., 2007). Le questionnement sur le rapport entre la CI et l'innovation est au cœur de la présente démarche.

2.2.2 Innovation

2.2.2.1 Définition

La réflexion sur le concept d'innovation a été nourrie par la consultation d'ouvrages sur l'évaluation d'implantation de programme, de revues systématiques sur les innovations dans le domaine de la santé (Greenhalgh et al., 2004; Lansisalmi, Kivimaki, Aalto et Ruoraniemi, 2006; Lau et al., 2016) ainsi qu'une recherche documentaire sur ce concept d'innovation. Quatre définitions ont été analysées en profondeur (Conseil de la science et de la technologie, 2000; Greenhalgh et al., 2004, p. 582; Rollin et Vincent, 2007; Weberg, 2009, p. 235; West, 1990, p. 309). La définition proposée ici combine différents éléments de celles-ci et se formule comme suit : l'innovation est l'introduction intentionnelle et son application dans un rôle, un groupe ou une organisation, soit d'idées, de processus, de procédures ou de produits perçus comme nouveaux par les acteurs qui l'ont négociée et transformée par leurs actions afin qu'elle corresponde à des visées significatives pour eux, et pourrait s'achever par une institutionnalisation. Dans la présente démarche, il s'agira des OGD.

2.2.2.2 Cadres conceptuels

Nombreux sont les cadres conceptuels sur l'innovation et les vocables utilisés pour qualifier et expliquer le processus d'innovation tantôt conçu comme linéaire, tantôt tourbillonnaire ou encore interactif et itératif (Akrich, Callon et Latour, 1988; Damschroder et al., 2009; Fitzgerald et al., 2002; Greenhalgh et al., 2004; Lau et al., 2016; Moullin, Sabater-Hernández, Fernandez-Llimos et Benrimoj, 2015; Rogers, 1983; Star et Griesemer, 2008). L'adoption d'une innovation est conçue comme un processus, plutôt que comme un événement, au cours duquel différentes préoccupations émergent à différentes étapes. On peut souligner le caractère arbitraire du moment déclaré de l'implantation, car l'émergence, l'adoption, l'adaptation, l'implantation, la consolidation et la routinisation ne sont pas des étapes à ce point distinguables les unes des autres. La diversité des classifications et leur recouvrement en témoignent (Pluye, Potvin et Denis, 2004). D'ailleurs, un glossaire a été proposé dans un effort d'harmonisation des vocables (Rabin, Brownson, Haire-Joshu, Kreuter et Weaver, 2008).

Dans le but de formuler un cadre conceptuel épuré combinant des éléments-clés du processus de l'implantation d'innovation et du processus de la CI, quelques éléments du cadre de diffusion, dissémination et implantation de l'innovation de Greenhalgh et collaborateurs (2004, p. 595) et les notions d'objet intermédiaire et d'objet-frontière (Vinck, 2003) ont été retenus.

Le cadre de Greenhalgh et collaborateurs (2004) est jugé pertinent, en raison de la spécificité au domaine de la santé, de l'ampleur et de la rigueur de la recension des études empiriques effectuées préalablement à son élaboration (près de 500 articles de 13 domaines particuliers), de l'inclusion de plusieurs déterminants aussi cités dans les autres documents consultés, de détails fournis au lecteur sur la méthode utilisée, de la mention du niveau de preuve pour les déterminants retenus, de la teneur de la discussion qui s'en est suivie ainsi que du fait que ce modèle ait été cité dans de nombreux écrits subséquents. Ce cadrage fait la distinction entre les termes suivants : diffusion (*passive spread*), dissémination (*active planned efforts to persuade target groups to adopt an innovation*) et implantation (*active planned efforts to mainstream an innovation within in organization*) (Greenhalgh et al., 2004, p. 582). La décision d'adoption d'une innovation par un professionnel est souvent contingente à celle d'une collectivité, surtout lorsque l'innovation s'adresse à une organisation. Ce processus collectif se désigne par le terme assimilation, reconnu comme un processus complexe, non linéaire au cours duquel l'innovation est adaptée, transformée particulièrement à l'égard de ses caractéristiques dites périphériques (*soft periphery*).

Un second cadrage de l'innovation a retenu l'attention de l'étudiante-chercheuse, car il est complémentaire au premier. De plus, il a une parenté théorique avec le modèle de D'Amour et collaborateurs choisi pour décrire la CI. Les notions d'objet intermédiaire et d'objet-frontière sont aussi enracinées dans la sociologie de l'action collective. Elles permettent de décrire comment « de proche en proche » (Couturier, 2009), l'innovation est transformée pour répondre aux intérêts des acteurs provenant d'horizons différents, ici les membres du GMF et les instances régulatrices. Si l'on accepte la prémisse que les « choses du social ont une matérialité » (Vinck, 2009), alors les OCD sont des témoins de la CI. À l'avis de l'étudiante-chercheuse, les notions d'objets intermédiaire et d'objet-frontière permettent d'articuler avec plus de précision le lien entre le processus d'innovation et la CI dans le

domaine de la santé. Elles s'insèrent dans le tableau plus large brossé par le cadre de Greenhalgh et collaborateurs, présenté en premier.

Cadre sur l'implantation des innovations dans le domaine de la santé

La synthèse des connaissances sur l'implantation des innovations dans le domaine de la santé effectuée par Greenhalgh et collaborateurs (2004) propose un spectre d'intentionnalité dirigée dans l'implantation d'innovations allant du *let it happen*, *help it happen* et *make it happen*. Les trois intensités du spectre sont qualifiées par des caractéristiques, des différents mécanismes à l'œuvre et de la métaphore associée à chacun. Ainsi le pôle *let it happen* reconnaît le processus d'innovation comme émergent et adaptatif. Le deuxième *help it happen* le reconnaît comme négocié et influençable, et le troisième comme planifié et orchestré. Sans être situées dans des pôles complètement opposés, la diffusion et la dissémination se distinguent. La diffusion est une démarche moins officielle, non planifiée, elle repose sur les forces du social et suppose de la négociation. La dissémination est plus officielle, engendrée par des agents de changement dans une logique de gestion (*top-down*) et du déploiement d'un effort centralisé. Elles diffèrent, entre autres, par les canaux d'influence et de communication à l'œuvre. Par exemple, la diffusion dépend davantage des réseaux sociaux; la dissémination de l'opinion des experts. Le terme assimilation est réservé au processus d'adoption d'une innovation par une équipe, un département ou une organisation. Dans une organisation ou un service, l'assimilation d'une innovation est en effet tributaire de l'adoption au plan individuel, mais cette dernière n'est qu'une des composantes influençant le processus d'assimilation. Si la signification attribuée à l'innovation par un individu correspond à celle attribuée par la direction, les utilisateurs des services et les détenteurs d'enjeux, alors il est plus probable que l'innovation soit assimilée. La compatibilité de l'innovation avec les normes professionnelles ou organisationnelle et les façons de faire sont aussi des déterminants d'une assimilation réussie. L'assimilation est plutôt organique, moins linéaire, ponctuée de chocs, de reculs et de surprises, ce qui justement en rend son étude difficile. Dans la présente démarche, les GMF étant des organisations, le processus d'adoption des OCD se qualifie d'assimilation et impliquerait néanmoins, le processus d'adoption par les professionnels de la santé travaillant dans un GMF en particulier.

Ce cadre initial, illustré à l'annexe 2, sera présenté très succinctement dans les prochains paragraphes avec les principaux constats livrés par Greenhalgh et al. à propos des dimensions retenues dans le schéma intégrateur retenu ici. Le cadre initial détaille l'innovation elle-même (*innovation*), l'organisation utilisatrice (*user system*) laquelle est en interaction avec un système de ressources (*resource system*) et d'acteurs (*knowledge purveyors, change agency*) s'inscrivant dans un plus large contexte externe (*outer context*). L'organisation utilisatrice, en fonction de sa prédisposition générale à la nouveauté (*system antecedent for innovation*) et de sa réceptivité à l'innovation en question (*system readiness for innovation*) traverse les phases d'adoption (processus individuel) ou d'assimilation (processus collectif), puis d'implantation lesquelles produisent des retombées (*consequences*) qui influenceront sa prédisposition subséquente à innover. Ainsi le cadre suggère une séquence temporelle et une boucle de rétroaction. Par ailleurs, les interactions entre les ressources, les acteurs et l'organisation utilisatrice misent sur des leviers différents selon qu'il s'agisse de la phase de conception (*design stage*) ou d'implantation (*implementation stage*) de l'innovation.

L'innovation en elle-même influencerait son processus d'assimilation et d'implantation. Lorsque le produit est perçu par l'adoptant potentiel comme étant compatible avec sa façon de faire actuelle, s'il comporte un avantage relatif, est facile à essayer, s'accompagne des résultats visibles et fiables, offre un potentiel de réinvention (adaptation à l'utilisateur et à son contexte particulier), est associé à un minimum de risques, est facile à comprendre et accompagné d'un soutien technique, son implantation serait plus aisée.

Les déterminants favorables à l'assimilation se distinguent en prédisposition générale de l'organisation à la nouveauté (*system antecedents for innovation*) et son état de réceptivité à une innovation particulière (*system readiness*). Concernant la prédisposition générale, les organisations assimilent les innovations plus aisément si elles sont de grande taille, matures, organisées en départements autonomes et spécialisés, si elles bénéficient de ressources disponibles pour engager ces connaissances dans de nouveaux projets et si la structure décisionnelle est décentralisée. Les auteurs avancent que la taille est possiblement un proxy des autres déterminants relatés et soulignent que les liens entre les déterminants structuraux des organisations et leur caractère innovant sont relativement modérés. Une

organisation capable de repérer, saisir, partager, recadrer et reformater les nouvelles connaissances et les associer avec les savoirs antérieurs sera en mesure d'assimiler les innovations plus aisément.

Le savoir (*knowledge*) est une construction sociale continuellement négociée entre les membres d'une organisation ou d'un système. Les réseaux intraorganisationnels diversifiés, forts et qualifiés « d'organiques » et impliquant des équipes interprofessionnelles aident à élaborer une « signification commune » et des valeurs concernant l'innovation. Ce travail de sens soutient la capacité à apprendre et à absorber les nouvelles connaissances. Un contexte favorable au changement (*receptive context for change*) est associé au leadership, à une vision stratégique claire, aux bonnes relations managériales, à la présence d'employés visionnaires dans des positions névralgiques, à un climat propice à l'expérimentation et à la prise de risques, puis à l'existence de systèmes de collecte de données.

Lors de la phase de conception, une signification partagée de l'innovation et celle de la mission, la capacité de recueillir les innovations imaginées et mises en oeuvre par les utilisateurs, le transfert des connaissances et l'implication des utilisateurs sont des leviers alimentant les liens entre les acteurs (pourvoyeurs de connaissances, agents de changements) et l'organisation utilisatrice. L'élaboration d'une trame narrative qui articule « qu'est-ce que l'on fait avec cette innovation » [traduction libre] faciliterait la mise en action. Ce travail de « sens » du réseau interorganisationnel est d'autant plus important lorsque l'innovation revêt une complexité accrue.

L'innovation est plus susceptible d'être assimilée et maintenue dans les conditions suivantes : la situation présente est jugée intolérable (*tension for change*); l'innovation est compatible avec les valeurs, les normes, les buts, les technologies en place et la façon de travailler actuelle; la majorité des personnes y sont favorables, surtout si elles occupent des positions d'influence; l'apport de ressources est approprié et continu; le monitoring et l'évaluation des impacts de l'innovation sont en place.

Lors de la phase d'implantation, la flexibilité de la structure et la latitude décisionnelle d'une équipe utilisatrice augmentent le succès de l'implantation et celui de la routinisation.

La cohérence entre les buts initiaux des différents paliers de gestion et l'engagement actif des leaders, ou encore leur consultation, soutiennent la routinisation. La communication au sein de l'organisation est déterminante d'une implantation réussie. De plus, certains facteurs sont favorables tels que la formation des équipes et des individus mobilisant leur motivation, leurs compétences et leurs capacités ainsi que les approches expérientielles mises de l'avant par les leaders et les gestionnaires. Dans les premières phases d'implantation, le poids des politiques pour promouvoir l'innovation peut avoir un impact positif sur l'implantation, et ce, surtout si les politiques sont associées à des ressources financières puisque la capacité d'une organisation à adopter une innovation n'est pas uniquement liée à sa motivation, mais aussi à ses ressources. Une innovation ayant été adaptée localement sera plus probablement implantée et maintenue. Finalement, la phase de routinisation est favorisée par une rétroaction en temps opportun et fiable sur les impacts du processus d'implantation.

Le contexte externe peut influencer, par les incitatifs issus des politiques en cours, les réseaux interorganisationnels non officiels et officiels. La décision d'une organisation d'assimiler ou non une innovation est grandement influencée par l'atteinte d'un point de bascule, c'est-à-dire lorsque l'innovation est perçue comme une norme établie parmi des organisations similaires. Avant ce point de bascule, les réseaux interorganisationnels peuvent autant promouvoir que décourager l'adoption : après le point de bascule, ils contribuent à la promouvoir. Les réseaux non officiels sont influents surtout au sein d'organisations qui entretiennent des liens avec d'autres organisations (liens externes). Par ailleurs, les organisations, dites parapluies regroupant des organisations similaires dans une même structure, aident à répandre les innovations parmi leurs membres de façon intentionnelle, si certaines conditions optimales sont mises de l'avant. Aussi plus largement, le climat sociopolitique et la stabilité de l'environnement sont évoqués comme des facteurs d'influence.

La notion de retombées est affichée dans le cadre, sans toutefois les préciser, car elles sont liées à l'innovation particulière. Les retombées moduleront, éventuellement, les prédispositions de l'organisation adoptante face aux innovations futures. La prédisposition au changement est cultivée par l'accès aux données de qualité. Le monitoring et la

rétroaction aux utilisateurs potentiels sur les conséquences de l'adoption sont avantageux pour stimuler la réceptivité à une innovation particulière. Les retombées anticipées et observées par les études publiées sur les OC et les dispositifs apparentés seront détaillées dans une section suivante.

En résumé, ce cadre présente le phénomène de l'implantation d'une innovation se dessinant comme étant non linéaire, très contextualisé, de nature dynamique et interactive, car c'est l'interaction entre toutes les dimensions évoquées qui joue d'influence. Ce cadre souligne l'importance des caractéristiques de l'innovation, de la visibilité de ses retombées, de l'organisation utilisatrice et du contexte externe. Dans le cas d'innovations dites collectives, le processus individuel d'adoption est influencé, voire assujéti à celui d'un ensemble de personnes, dont les liens pourraient être plus ou moins collaboratifs. Greenhalgh et collaborateurs (2004) recommandent d'utiliser des méthodes mixtes pour faire avancer les connaissances sur la façon dont des succès d'implantation se produisent.

À la lumière de ce cadre, il est souhaité de s'attarder à l'innovation (OCD), au processus (assimilation/implantation) et ses retombées (pratique professionnelle, autogestion, CI), à l'organisation utilisatrice (GMF) ainsi qu'un contexte élargi dit externe (type d'acteurs en présence et les liens entre eux). Ainsi, les prochaines parties de la recension élaborent sur ces quatre thèmes. Toutefois, il est jugé nécessaire de présenter d'abord une articulation entre le cadre de Greenhalgh et collaborateurs, et les notions d'objet intermédiaire et d'objet-frontière.

Notions d'objet intermédiaire et objet-frontière

Pour mieux cerner le déploiement de la CI en lien avec le processus de conception et d'assimilation des OCD, un cadrage complémentaire au précédent est proposé. Il s'agit de la notion d'objet intermédiaire. Cette notion est issue de l'étude de réseaux de coopération scientifique dans le domaine de la santé (Vinck, 2003, 2009) et celle d'objet-frontière, issue de travaux de Star et Griesemer sur l'action collective et l'innovation (1989; 2008). Ces deux notions proches ont été investies dans plusieurs domaines de recherche sur l'activité humaine (Trompette et Vinck, 2009) dont celui du changement organisationnel. Elles permettent d'envisager un point de jonction entre la CI et l'innovation.

L'innovation suppose une action collective de conception qui repose sur l'investissement par des acteurs dans des objets intermédiaires (Vinck, 2009). L'objet intermédiaire permet de décrire et de suivre l'activité de conception, d'innovation à travers la multiplicité des « inscriptions » intermédiaires de l'objet qui circulent et soutiennent le travail collectif (Vinck, 2009). Un objet intermédiaire se transforme en un objet-frontière par un travail d'équipement les marquant des conventions qui relèvent de perspectives et d'activités différentes. Les objets-frontière ont la propriété d'être « suffisamment flexibles pour s'adapter aux besoins particuliers, pour se plier aux contraintes des différents groupes qui les utilisent et cependant suffisamment robustes pour garder une identité commune sur différents sites » (Star et Griesemer, 2008, p. 242). Par des échanges entre des interlocuteurs ayant des perspectives différentes sur l'objet, un exemplaire ou un idéal type va se dessiner progressivement et deviendra l'objet-frontière. Ainsi les OC, associées à la dimension de la formalisation de la CI, dans un mouvement de négociation et de création de l'innovation, seraient d'abord qualifiées d'objet intermédiaire, puis stabilisées et utilisées, elles seraient considérées comme un objet-frontière.

Deux fonctions sont attribuées aux objets intermédiaires, celle de la représentation et celle de la traduction. La première suggère que l'objet intermédiaire représente les professionnels qui l'ont conçu. L'objet intermédiaire expose leurs intentions, leurs pensées, leurs habitudes de travail et les compromis acceptés. Ainsi, les OCD laissent transparaître les visées des médecins et des infirmières, car l'objet intermédiaire est « chargé des projections et des attentes des acteurs [...], il est une promesse » (Vinck, 2009). Concernant la seconde fonction, la traduction, elle renvoie à l'idée que la matérialisation n'est pas l'équivalent de l'intention des acteurs. L'objet intermédiaire engendre une nouveauté au-delà de l'intention, peut-être même « un glissement, qui n'est pas nécessairement voulu ni contrôlé, voire une trahison. » (p. 57). À ce titre, étudier un objet spécifique offre une fenêtre sur les souhaits et les déceptions des concepteurs. D'ailleurs certains travaux ont souligné qu'au sein du système de santé, les détenteurs d'enjeux et les acteurs ont différentes capacités à faire valoir leur vision (Lehoux, Denis, Rock, Hivon et Tailliez, 2010)

L'introduction légale des OC s'inscrit, à la fois, dans le sillon d'un héritage relationnel infirmière-médecin (Conley, 2007; Stein, 1967; Stein, Watts et Howell, 1990), à la fois dans le renouvellement des rôles professionnels. D'abord sans règlement ni directive précise, ni responsables clairement désignés pour les concevoir, et ce, dans le contexte de révision du Code des professions et de la nouveauté des GMF, les OC donnaient beaucoup à imaginer et à espérer.

Il sera instructif de cerner quand et comment les lieux de régulation se sont activés au sujet des OCD. En faisant l'effort d'identification et de suivi des objets intermédiaires, il a été possible de cartographier et de qualifier les relations entre les acteurs, puis de documenter leurs pratiques (Vinck, 2003). Cela correspond bien aux préoccupations exploratoires mises de l'avant ici, car les acteurs, leurs rôles et leurs relations n'ont pas été décrits spécifiquement dans le cadre de l'implantation des OCD en GMF.

Bien sûr, comprendre le déploiement de la CI en l'ancrant dans l'étude d'un seul objet, les OC, et un seul type d'organisation, les GMF, est assurément réducteur. Reste que d'un point de vue de recherche, c'est un avantage indéniable d'avoir un tel point focal. Le lancement concurrent des OC et des GMF fixe un point de départ à ce mouvement, permettant d'évaluer la temporalité du phénomène et permet ainsi d'offrir une vision chronologique des mouvements dans un grand ensemble circonscrit.

2.3 OC et dispositifs apparentés (DA)

La prochaine section de la recension couvre les OC, réalité du système de santé québécois en présentant leur définition et les conditions d'application. Elle s'attarde aussi à des dispositifs apparentés (DA) existants dans d'autres législations. Par la suite, l'état des connaissances sur l'ensemble de ces dispositifs est établi en relatant d'abord les démarches de recension effectuées, les constats des synthèses consultés, les caractéristiques méthodologiques générales des études retenues et en présente les détails en regroupant les études selon leur visée principale soit décrire, expliquer ou évaluer l'utilisation des DA. Un résumé sur les DA clôt la section.

2.3.1 OC : définition et conditions d'application

La définition de l'OC est, selon le document officiel québécois sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin,

Une prescription donnée par un médecin ou un groupe de médecins à une personne habilitée, ayant notamment pour objet les médicaments, les traitements, les examens ou les soins à donner à un groupe de personnes ou pour les situations cliniques déterminées dans cette ordonnance, les circonstances dans lesquelles ils peuvent l'être de même que les contre-indications possibles. [Règlements sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin. L.R.Q. c. M-9, a.19, 1^{er} al., par. d, article 2.2°]

L'OC est un dispositif qui permet à un médecin (ou groupe de médecins) de partager l'exercice de certaines activités réservées avec une personne habilitée (ou un groupe de personnes) qui pourra alors exercer ces activités sans que le patient (ou un groupe de patients) n'ait à obtenir au préalable une ordonnance médicale individuelle. Les milieux de soins qui peuvent s'en prévaloir sont nombreux et diversifiés. Les étapes d'approbation sont reliées au statut de ces milieux. Des distinctions s'appliqueront en établissement ou hors établissement. Il est important de mentionner que ce nouveau dispositif de coordination a mis fin aux ententes sur les actes délégués qui prévalaient avant 2003. Conséquemment, certaines OC s'avèrent la traduction dans le nouveau cadre légal d'une pratique déjà établie (Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, 2009). Pour être en vigueur dans un GMF, la signature de l'ensemble des médecins doit faire foi de leur accord avec son contenu (Collège des médecins du Québec, 2005). Toutefois, les médecins signataires peuvent s'abstenir d'utiliser l'ordonnance dans leur pratique quotidienne ou ne l'utiliser qu'avec une partie de leur clientèle. À titre d'exemple, un médecin pourrait signer, comme ses collègues médecins du GMF, l'OC sur l'ajustement de l'insuline par l'infirmière à la suite de la prescription d'un premier dosage et d'un suivi infirmier, sans qu'il réfère à l'infirmière tous ses patients qui commencent un traitement avec l'insuline.

Pour être applicable, une OC doit contenir un certain nombre de renseignements : titre ou secteur des professionnels habilités à exécuter l'ordonnance; les circonstances dans lesquelles elle peut être appliquée; la date d'entrée en vigueur et de révision; et si l'OC

traite d'un médicament, sa posologie, les indications pour son utilisation, les contre-indications, les limites d'application; si nécessaire, noms et coordonnées des médecins prescripteurs et répondants. Un médecin est l'auteur de l'ordonnance et « *est responsable de ses choix* » (Collège des médecins du Québec, 2005). L'OC peut être délivrée par plusieurs médecins. Dans ce cas, ceux-ci doivent prévoir un dispositif permettant au professionnel susceptible de l'appliquer de savoir à quel médecin s'adresser pour obtenir des précisions. Ce médecin doit satisfaire les standards de pratique, s'assurer de la disponibilité d'un médecin répondant et préciser les clientèles visées par l'OC. Les professionnels habilités sont responsables de l'application des OC. Ils doivent posséder les connaissances scientifiques, les compétences et le jugement requis; connaître les risques inhérents à l'activité, évaluer l'état de santé de la personne avant d'exécuter une OC, effectuer la surveillance clinique requise, effectuer un suivi ainsi qu'être en mesure d'intervenir en cas de complications et de consulter le médecin répondant au besoin. Dans le cas d'une OC impliquant la délivrance de médicaments, celle-ci doit être assortie d'un formulaire de liaison qui permettra au pharmacien de faire suite aux interventions de l'infirmière (Collège des médecins du Québec, 2005; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, 2005). Des précisions peuvent s'ajouter selon la complexité des soins. C'est le cas par exemple de l'initiation ou l'ajustement de l'insuline, médicament utilisé par un grand nombre de personnes ayant le diabète. « L'application des OC en matière d'initiation et d'ajustement des médicaments, comme l'insuline, nécessite une formation particulière des infirmières compte tenu de la complexité de l'intervention » (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, 2005, p. 30).

Une fois l'OC élaborée, souvent par une infirmière conseillère de la direction des soins infirmiers (et le formulaire de liaison, si nécessaire), il faut procéder à une série d'approbations avant son implantation dans la pratique clinique. Des comités qui assument, de façon générale, des responsabilités quant à l'appréciation et à l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle en établissement sont appelés à se prononcer : le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), le Conseil des infirmières et infirmiers (CII) et le Comité multidisciplinaire (CM). En établissement, ce qui inclut les GMF publics, l'approbation des OC s'effectue ultimement par le comité exécutif du CMDP après la

consultation du comité de pharmacologie et les avis des directions concernées. De plus, au fil des années, le CII et le CM se sont aussi impliqués dans l'élaboration et la révision des OC avant leur dépôt au CMDP. Hors établissement, en GMF privé par exemple, l'approbation se fait lors de la signature par le médecin prescripteur et la détermination du médecin répondant. Ainsi, hors établissement, la latitude des médecins demeure plus grande et les délais d'approbation seront possiblement plus courts en fonction du nombre plus limité d'instances ayant un droit de regard. Toutefois, il est fortement recommandé, mais non obligatoire que les mêmes OC s'appliquent en établissement et hors établissement. Finalement pour une application sécuritaire des OC, en vertu de la loi, la direction des soins infirmiers (DSI) doit s'assurer que les infirmières visées (y compris les infirmières de l'établissement exerçant en GMF) ont la formation adéquate et possèdent les compétences nécessaires. Les infirmières conseillères de l'organisation dispensent sous différentes formes des formations au besoin (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2018a, 2018b).

2.3.2 DA: définitions

Divers termes sont employés pour décrire des dispositifs semblables aux OC, tels que « *directives* », « *medical directives* », « *standing orders* », « *patients group directions* ». Ces dispositifs sont aussi associés aux termes « *task-shifting* » ou « *professional-led care* » ou « *nurse-led care* ». Pour simplifier ici, l'expression « DA » sera utilisée pour inclure l'ensemble de ces éléments. À titre d'exemple, voici quelques définitions de DA selon trois législations différentes.

Dans le contexte américain, le terme « *standing order (SO)* » se définit comme suit :

A SO in primary care practice authorizes nurses and other staff to carry out a medical order according to a practice-approved protocol without a provider's examination or requirements for approval (Nemeth, Ornstein, Jenkins, Wessell et Nietert, 2012, p. 594).

Dans le contexte néo-zélandais, les SO se définissent ainsi :

Written instruction issued by a medical practitioner or dentist. It authorises a specified person or class of people (eg. paramedics, registered nurses) who do not have prescribing rights to administer and/or supply specified medicines and some

controlled drugs. The intention is for SO to be used to improve patients' timely access to medicines; for example, by authorising a paramedic in an emergency or a registered nurse in a primary health care setting (Ministry of Health, 2012, p. 1).

Dans le cadre de la législation de la Nouvelle-Zélande, les *SO* ont été introduites en 2002 dans l'intention de faciliter l'accès aux médicaments dans les hôpitaux en cas d'urgence (Wilkinson, 2015). Au fil des années, elles ont migré vers des professionnels en 1^{re} ligne pour des situations d'urgence et non urgentes. Initialement les *SO* exigeaient d'être contresignées par le médecin post intervention, mensuellement. Depuis août 2011, cette clause est optionnelle selon le niveau de compétences reconnu de l'utilisateur.

Dans le contexte ontarien, les *medical directives* sont comparables aux OC (Alvarado, 2007). Ses constituantes sont très similaires à celles incluses dans une OC.

La directive est un ordre qui précise une intervention pouvant s'appliquer à un certain groupe de clients dans des conditions et des circonstances précises. La directive est toujours transmise par écrit. Dans le présent contexte, la directive désigne un ordre rédigé par une IP ou un médecin (College of Nurses of Ontario, 2018, p. 3).

2.3.3 État des connaissances sur les OC et les DA

La prochaine section fait état des démarches de recension pour cerner l'état des connaissances sur les OC et les DA, identifier les dimensions les plus pertinentes à inclure dans le modèle intégrateur afin d'orienter au moment d'élaborer la présente recherche et choisir les méthodes de recherche les plus appropriées à envisager.

2.3.3.1 Démarches de recension

Le moissonnage des banques de données pour obtenir des articles sur les DA et sur les OC a été effectué par l'étudiante-chercheuse de manière itérative, et ce, dès la conception du protocole jusqu'au 5 mai 2016 avec régularité, puis par la suite de manière sporadique dans la perspective de recherche de renseignements précis. Ce retour ciblé aux écrits a permis de répondre aux interrogations de l'étudiante-chercheuse, aux commentaires des directrices et du jury.

Initialement la recherche documentaire a ciblé les publications rencontrant les critères suivants : aborder la prescription de traitements ou de médicaments effectuée par les professionnels autres que médecins, être rédigée en français ou en anglais, être indexée dans des moteurs de recherche ou provenant de sources gouvernementales ou associatives ou académiques, publiée depuis moins de dix ans. Les sources consultées sont des documents de travail obtenus auprès d'experts, les publications obtenues soit par boule de neige à partir de productions jugées pertinentes (par exemple, toutes les études citées dans la méta-analyse (Shojania et al., 2006), la consultation de revues spécialisées (Diabetes Care, Journal of Interprofessional Care) et les banques de données disponibles à l'Université de Sherbrooke pour cibler les revues et rapports (en ligne ou papier) à l'aide de MeSH et les mots-clés pertinents (avec troncature) : « *nurse prescription* » « *directives* », « *medical directives* », « *standing orders* », « *patients group directions* ». « *task-shifting* » ou « *professional-led care* » ou « *nurse-led care* ». Cela a permis d'explorer un corpus assez abondant sur la question générale afin de préciser les termes à utiliser pour explorer les banques de données. Il est apparu rapidement qu'il fallait préciser les termes utilisés. Par conséquent, en plus des ouvrages retenus lors de la première étape, les banques de données SCOPUS, CINAHL et Medline ont été interrogées avec les termes suivants : (« *standing order** » OR « *patient group directions* » OR « *patient group directive* » OR « *medical directive** ») NOT (« *vaccine* » NOT « *immunization* » NOT « *vaccination* ») AND « *primary care* ». Pour les banques de données CINAHL et Medline, un élément (« AND *diabetes* ») dans le titre ou le résumé a été ajouté pour mieux cibler les articles pertinents. Les titres et les résumés des articles identifiés ont été lus par l'étudiante-chercheuse qui a retenu ceux qui abordaient l'implantation de cette pratique ou ses retombées (sauf s'il s'agissait d'une analyse économique uniquement). Au total, 31 titres différents ont été identifiés dont une revue de littérature, trois notes d'experts ou recommandations et 27 études. Une autre recherche documentaire a été effectuée pour cerner les publications concernant spécifiquement les OC. En interrogeant les banques de données SCOPUS, MEDLINE, CINAHL avec les termes « *collective* prescription** » ou « *ordonnance* collective** » et sans aucune restriction additionnelle; en date du 19 avril 2016, une seule autre publication dans un journal scientifique a été identifiée. Cela est sans

surprise compte tenu du caractère local des OC. Ces démarches de recherche documentaire concluent qu'aucune étude ne s'est penchée sur l'implantation des OCD en GMF.

L'étudiante-chercheuse a aussi participé à un examen de portée entrepris par un groupe de chercheurs de l'Université de Montréal (Ishimo, 2015). Pour sa part, cette démarche de synthèse (2015), effectuée en mars et avril 2015, a inclus en plus des banques nommées précédemment les suivantes : PubMed, Web of science, Embase et IBM Reviews, ScienceDirect. Elle couvre la période de 1930 à janvier 2015 en ciblant soit le titre ou le résumé, avec l'emploi de termes similaires aux termes mentionnés ci-haut en ajoutant « *nurse** OR *nursing* ». Des 335 articles retenus, après la suppression manuelle des doublons, 107 articles ont été sélectionnés pour leur pertinence, auxquels ont été ajoutés par citation 16 articles. Ce rapport de synthèse a donc retenu 123 articles, dont la très grande majorité concernait la vaccination. À la lecture des titres, puis des résumés, ont été exclus les articles ne traitant que de la vaccination ou que la clientèle pédiatrique ou des services offerts en hôpital qui ne ciblaient pas les diabétiques. Seulement deux articles concernaient principalement le diabète et six traitaient des soins primaires.

De ce bassin, ont été sélectionnées les publications qui abordaient le diabète ou les soins primaires ou le processus d'implantation des DA plus largement, si elles fournissaient au lecteur des renseignements sur la méthode et les résultats avec des précisions jugées suffisantes ou encore si elles abordaient les OC spécifiquement. À ces publications recensées sur les banques de données s'ajoute un rapport sur l'application de la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives du domaine de la santé* (Québec., 2002, 14 juin) incluant une section sur les OC (Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, 2009). Au total, 34 publications ont été lues en profondeur. Lorsqu'il s'agissait d'études empiriques, la grille CASP a été appliquée dans le but de les apprécier ("Critical Appraisal Skills Programme : CASP Checklists," 2014) : 12 études ont été analysées ainsi. Une fiche de lecture a été produite pour chacune (auteur, année, but, objectif, méthode, résultats, forces et limites, appréciation, mots-clés). Suite à cette extraction, les résultats des études (extraction traditionnelle) ont été comparés et contrastés avec les constats identifiés par Ishimo (2015). Les résultats ont été classés d'abord selon l'organisation établie par Ishimo (2015), puis à la suggestion d'une des

directrices, reclassés selon les dimensions du modèle intégrateur pour suivre davantage la logique de la présente démarche. Au final, il est possible d'apprécier les résultats convergents et les dimensions les moins documentées (annexe 3).

2.3.3.2 Publications sur les DA et les OC

Les sous-sections suivantes présenteront d'abord les deux synthèses recensées (Ishimo, 2015; Scott-Jones et Lawrenson, 2008) et le premier rapport québécois évoquant les OC (Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, 2009). Ensuite, les études retenues sur les OC et les DA seront commentées globalement, puis détaillées selon leur visée principale, soit celle a) de décrire l'avis des professionnels au sujet des DA, b) d'expliquer le processus d'implantation ou c) d'évaluer l'effet des DA. L'annexe 3 comporte un tableau comparatif des constats posés par la synthèse d'Ishimo (2015) avec les résultats des 12 études retenues ici (Alvarado, 2007; Bois, St-Amour, Roy, Risi et Kadaoui, 2013; Côté, Normandeau, Maheux, Authier et Lefort, 2013; Curtis et al. 2009; Guilbert et al., 2011; Guilbert, Robitaille, Guilbert et Morin, 2013; Nemethet al., 2012; Ornstein et al., 2015; Philips et Wilkinson, 2015; Rust, Gailor, Daniels, McMillan-Persaud, Strothers et Mayberry, 2008; Scott-Jones, Young, Keir et Lawrenson, 2009; Wilkinson, 2015). Il distingue les conditions favorables et défavorables au processus d'implantation des DA selon cinq dimensions, soit le contexte externe, l'innovation et le contexte interne selon les caractéristiques de l'organisation, du personnel et des patients. Les deux démarches convergent en identifiant bon nombre de facteurs communs. L'annexe 4 renseigne sur chacune des 12 études retenues au regard de ses objectifs spécifiques, du devis, de résultats sommaires, de ses limites et forces.

Synthèses consultées

Deux synthèses traitant des DA ont été identifiées. La première synthèse (Scott-Jones et Lawrenson, 2008) répertorie les essais randomisés contrôlés comparant les soins usuels offerts par les médecins et ceux offerts par les infirmières munies de DA sous l'angle des coûts, des résultats cliniques ou de la satisfaction des patients. La rareté des écrits scientifiques sur les DA étonne les auteurs puisque ceux-ci sont en vigueur dans plus d'un pays. En reconnaissant l'effort de synthèse effectué, leurs conclusions apparaissent fragiles

compte tenu du nombre très restreint d'écrits retenus (n=7), de l'étendue de leur date de publication (1974 à 2004), de la disparité des contextes d'utilisation, de la variété des soins considérés, du manque d'information sur le niveau de formation des infirmières impliquées ainsi qu'en raison du manque de détails sur le processus de synthèse lui-même. Principalement, cette revue des écrits met en lumière qu'il est bien délicat de comparer des études sur les DA pour en tirer des conclusions solides et crédibles, sans détailler les niveaux de formation des professionnels impliqués et leur contexte de travail. Le principal élément à retenir est que la satisfaction des patients peut se concevoir comme une retombée des OC.

La seconde synthèse de type « *scoping review* » (Ishimo, 2015) a organisé les écrits (n=123) selon le modèle de Donabedian en détaillant la structure, le processus et les résultats. La qualité des études initiales n'a pas été évaluée systématiquement lors de cette recension. Pour l'ensemble des études recensées, le devis le plus fréquemment utilisé est l'étude de cas. Les constats posés concernent les barrières et les facteurs facilitateurs qui sont distingués selon qu'ils soient liés à la pratique, aux professionnels ou aux patients. Seulement deux études identifiées concernent spécifiquement le diabète et deux écrits traitent directement de la CI. Ces quatre publications seront commentées ultérieurement (Curtis et al, 2009; Nemeth et al., 2012; Rust et al., 2008; Wilkinson, 2015).

Un des premiers rapports, intitulé *Résultats du sondage sur l'application de la loi 90*, commentant l'implantation des OC a été produit en 2009 par une organisation laquelle regroupait 135 établissements de santé et des services sociaux du Québec (Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, 2009). Il a dressé un bilan de l'application du *Code des professions* cinq ans après de sa révision, afin d'en dégager les difficultés d'application et des pistes de solutions pour soutenir ses membres pour accélérer son application. La quasi-absence de détails méthodologiques ne permet pas d'évaluer la rigueur de la démarche qui a mené à la rédaction de ce rapport, mais comme aucun autre document ne lui est contemporain, il est souhaitable d'en relater certains éléments.

Selon ce rapport, l'interprétation de la loi par les ordres professionnels (OIIQ et Ordre des pharmaciens du Québec(OPQ)) au sujet de l'activité réservée aux infirmières sur

l'ajustement de médicaments à partir d'une OC, a constitué une impasse. Au printemps 2008, plusieurs participants étaient encore en attente des résolutions de leur CMDP respectif pour qu'il effectue le transfert des actes médicaux délégués, soit le dispositif antérieur périmé, vers les OC, le nouveau dispositif en vigueur. De plus, malgré une certaine volonté d'adoption, plusieurs OC développées restent bloquées au niveau du CMDP, elles sont refusées ou ralenties par un processus trop long. Ce rapport fait clairement mention que les GMF sont positivement associés à l'implantation des OC. Plusieurs ont été adoptées à la suite de l'ouverture des GMF. Le leadership de la direction des soins infirmiers (DSI) travaillant avec les GMF est cité comme une condition favorable déterminante. Pour faciliter leur adoption/implantation, les recommandations formulées concernent les facteurs liés à la pratique organisationnelle et à la collaboration entre les acteurs à l'interne et à l'externe. Elles concernent essentiellement a) la nécessité d'établir des ententes avec les pharmaciens sur le territoire pour la reconnaissance des OC, b) le souhait de partager des OC au niveau régional, c) la mise en place d'une structure d'élaboration et de suivi des OC pour en faciliter la rédaction et l'adoption, d) la mobilisation de la DSI pour faciliter la création de ces comités et e) la formation d'un comité interdisciplinaire pour élaborer des OC et les présenter au CMDP (Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, 2009).

Appréciation des études empiriques retenues

Globalement, les études retenues sont principalement d'approche quantitative et souscrivent à des visées exploratoires, descriptives ou évaluatives. Elles ont comme objectif général : a) de décrire l'avis des professionnels sur la pertinence de DA, leurs intérêts à les utiliser ou leur utilisation dans leurs activités cliniques, b) d'explorer ou expliquer le processus d'implantation de DA en l'associant à des conditions favorables ou défavorables ou c) d'évaluer l'effet de l'utilisation des DA sur l'application des recommandations lors de suivis ou l'effet de leur utilisation sur les indicateurs de la santé des patients. Elles explicitent rarement un modèle conceptuel pour justifier les variables étudiées. Toutefois, trois sur quatre des études québécoises ont choisi un modèle conceptuel associé à l'implantation d'innovation pour étudier les conditions d'implantation des OC (Bois et al., 2013; Guilbert et al., 2011; Guilbert et al., 2013). Dans l'ensemble, les

études retenues correspondent à des niveaux de preuves d'efficacité qualifiée de faibles (Joanna Briggs Institute, 2014), ce qui témoigne d'un état de connaissances limité sur les DA traitant du diabète ou des soins en 1^{re} ligne. Elles emploient comme devis, soit l'étude de cohorte rétrospective (Curtis et al., 2009), le pré-post sans groupe contrôle (Rust et al., 2008), des devis transversaux descriptifs sans groupe contrôle (Bois et al., 2013; Côté et al., 2013; Guilbert et al., 2011; Guilbert, Robitaille, Guilbert et Morin, 2014; Nemeth et al., 2012; Ornstein et al., 2015; Philips et Wilkinson, 2015; Wilkinson, 2015) ou l'étude de cas imbriquée (Alvarado, 2007; Scott-Jones et al., 2009). Les études retenues utilisent une variété de méthodes de collecte de données, comme le sondage (Bois et al., 2013; Côté et al., 2013; Guilbert et al., 2013; Ornstein et al., 2015; Philips et Wilkinson, 2015; Wilkinson, 2015), l'entrevue semi-structurée (Alvarado, 2007; Nemeth et al., 2012), l'analyse documentaire (Alvarado, 2007; Guilbert et al., 2011), l'audit de dossier (Ornstein et al., 2015; Rust et al., 2008) et l'observation non participative accompagnée de notes terrain (Nemeth et al., 2012). La majorité des études combinent plus d'une méthode de collecte. Les participantes sont en majorité des infirmières, dans une moins large mesure, des médecins, des gestionnaires, des experts en matière légale ou des nouveaux diplômés du domaine de la santé. Les limites principales relevées sont un mode de recrutement qui ne permet pas de calculer un taux de réponse ou l'absence de renseignements pour juger de la représentativité des participants aux sondages (Guilbert et al., 2007; Wilkinson, 2015), l'absence des critères de sélection des participants aux entrevues ou le manque de précisions sur la méthode d'analyse de leurs propos. Notons l'absence de la perspective des patients, livrée par eux directement, au sujet des soins reçus intégrant des DA.

Études décrivant l'avis des professionnels sur les DA ou leur utilisation

Dans une perspective descriptive, l'étude néo-zélandaise informe sur une vaste gamme de soins offerts par des infirmières en 1^{re} ligne utilisant des DA (Wilkinson, 2015). Les DA s'emploient pour traiter des clientèles de tous âges. La fréquence d'utilisation des DA varie selon l'objet et selon les participantes (n=231) dont 58 % disent les utiliser au moins d'une à quatre fois par jour et 40 % plus de cinq fois par jour (fréquence autorapportée par sondage en ligne avec échantillonnage par boule de neige). Comparativement aux autres DA, ceux pour le diabète semblent moins fréquemment utilisés. Les DA pour l'insuline le

sont davantage que ceux pour les hypoglycémisants oraux. Malgré cette utilisation apparemment répandue des DA, il est surprenant de constater que plus de 15 % des infirmières n'ont pas une compréhension exacte du dispositif et que les procédures annoncées par la loi (contre-signature obligatoire postintervention et audit) ne soient pas appliquées davantage (76 % affirment obtenir une contre-signature plutôt que les 100 % attendus selon la loi). Ce dispositif est considéré comme tributaire de l'aval des médecins. La mise à jour de leur contenu constitue un défi, comme le note aussi la prochaine étude issue de la même législation.

Une seconde étude néo-zélandaise effectuée par sondage (Philips et Wilkinson, 2015) atteste que l'avis d'infirmières spécialisées en diabétologie (n=92) sur l'utilité des DA est très variable. Bien que 83 % les utilisent pour ajuster les médicaments, 51 % les trouvent inadéquates. Toutefois, de nombreux bénéfices jugés comme étant extrêmement importants (> 35 %) ou importants (> 25 %) leur sont attribués tels que l'utilisation plus judicieuse des compétences infirmières, la meilleure utilisation du temps des infirmières, la diminution des délais pour le patient, l'augmentation de la qualité/ continuité des soins, la meilleure gestion du diabète.

Si les résultats des deux études précédentes sont informatifs, outre les distinctions à faire avec le contexte légal québécois, il faut également prendre en compte que le profil des participantes des deux études mentionnées est différent de celui attendu des infirmières travaillant en GMF (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, 2005). Par exemple, dans l'étude de Wilkinson (2015), 24 % terminent ou ont obtenu une maîtrise. Concernant celle sondant les infirmières membres d'une association spécialisée en diabétologie (Philips et Wilkinson, 2015), le profil général de cet échantillon se qualifie d'expérimenté (étendue entre 7 et 46 ans d'années d'expérience, médiane de 30 ans) et de spécialisé (43 % des participantes étant certifiées du plus haut niveau de formation pour les infirmières en diabétologie dans leur système éducatif). Dans les GMF, il est attendu que les infirmières aient un baccalauréat ou une formation collégiale avec une riche expérience de travail. Aucune formation universitaire diplômante en diabétologie n'est offerte au Québec.

Un troisième sondage vise une clientèle toute différente, soit de récents diplômés en médecine de deux universités québécoises (Côté et al., 2013). Mené en deux vagues, il est imbriqué dans une évaluation plus large pour décrire des éléments de CI. Des questions très précises permettent de décrire leur compréhension des OC, leur approbation de l'ajustement et l'initiation de traitement par les pharmaciens selon les lignes directrices en vigueur ciblant plusieurs conditions de santé chroniques ou aiguës, dont le diabète. De fait, il pose une seule question sur le diabète et les OCD, mais l'ensemble des résultats est pertinent à considérer dans le contexte où peu d'études portent sur les OC. Il est impossible de savoir si les non-participants ont des avis sur la CI comparables qu'à ceux des participants. Néanmoins pour ces derniers, le diabète n'est pas la principale cible pour l'intégration des OC. Près du quart des participants était tout à fait en accord avec cette pratique, un peu plus du tiers en accord partiel et 40 % en désaccord partiel ou complet. Les auteurs soulignent que, devant cette pluralité d'opinions, les rôles et les responsabilités associés à la pratique collaborative concernant les OC exigent un ajustement continu qui ne s'avérera pas nécessairement fluide, d'autant plus que la compréhension des OC par les diplômés est partielle. Les auteurs s'interrogent sur l'effet des modèles de rôle auxquels les apprenants ont été exposés. Ils évoquent qu'au-delà du corporatisme sur le sujet, le partage de la responsabilité professionnelle relève de situations cliniques spécifiques. Cette étude justifie le lien établi entre la CI et les OC. Elle encourage à cibler initialement une seule situation clinique pour étudier le déploiement de la CI dans les GMF.

Deux autres études traitent des OC pour des conditions autres que le diabète (Bois et al., 2013; Guilbert et al., 2011). L'une dresse le portrait de l'utilisation du modèle provincial d'OC de contraception hormonale (OCCH), conçu conjointement par l'Institut national de santé publique (INSPQ), le Collège des médecins du Québec (CMQ), l'OIIQ et l'OPQ avec le soutien du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, puis lancé en 2007 et mis à jour en 2009 (Guilbert et al., 2011). Le but de l'étude était de décrire les OCCH adoptées et d'évaluer leur similarité avec le modèle provincial de 2007 et celui de 2009. Les chercheurs ont procédé à une analyse de contenu avec une grille systématique d'analyse appliquée aux documents recueillis. Les OCCH ont été classées selon leur similarité avec le modèle le plus récent (conformes, quelques écarts, plusieurs écarts, autre). Les OCCH, nouvellement adoptées en 2009, sont plus conformes au modèle. Les

auteurs suggèrent que les adoptants tardifs ont bénéficié de l'expérience de leurs collègues et, de ce fait, ont pu plus facilement faire confiance au modèle proposé par les instances provinciales. Ils avancent que le processus de réinvention de l'innovation est en fonction de la zone de confort des médecins plutôt que des lignes directrices ou des données probantes disponibles. Sur le plan de la méthode, cette étude se démarque favorablement en procédant à l'analyse des documents par deux juges experts du contenu clinique et la transparence des critères de classification des OC.

Une autre étude décrit l'avis des professionnels de la région de Montérégie au sujet d'une OC éventuelle pour traiter les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) (Bois et al., 2013). Les médecins (n=100), les pharmaciens (n=127) et les infirmières (n=105), sollicités en trois vagues respectives, affirment être favorables à l'OC proposée par le groupe de travail provincial sur l'OCITSS (dans l'ordre cité 90 %, 95 %, 98 %). En ce qui concerne l'OCITSS provinciale proposée, la préoccupation principale se situe au niveau de la responsabilité légale (70 %, 40 %, 56 %). Ce fait est surprenant, car la loi est claire à cet effet. La réceptivité des professionnels est liée à leur expérience positive antérieure avec les OC. En effet, plus des trois quarts d'entre eux utilisent déjà plusieurs types d'OC et leur expérience est globalement positive. Si la grande majorité a déjà une expérience satisfaisante (99 %, 84 %, 99 %) et dit les patients satisfaits (100 %, 96 %, 100 %), moins nombreux sont ceux qui qualifient l'implantation des OC comme ayant été aisée (76 %, 70 %, 60 %). En termes de charge de travail, plusieurs infirmières (46 %) et pharmaciens (30 %) expriment que les OC l'augmentent alors que les médecins (85 %) confirment qu'elles la diminuent.

Études explorant ou expliquant le processus d'implantation de DA

Certaines études tentent d'expliquer le processus d'implantation des DA (Alvarado, 2007; Scott-Jones et al., 2009) ou explorer les relations entre l'utilisation des DA avec des variables organisationnelles ou le profil du participant (par exemple, taille de l'organisation, type d'organisation, expérience auprès d'une clientèle, délai de formation) (Bois et al., 2013; Guilbert et al., 2013; Nemeth et al., 2012).

Une étude de cas imbriquée réalisée en milieu hospitalier ontarien (Alvarado, 2007) est l'une des plus pertinentes en raison de sa rigueur et du niveau rendu d'interprétation explicative des données (Sandelowski et Barroso, 2003). Son but était de décrire l'expérience de l'implantation et de l'utilisation de trois DA, identifiées par choix raisonné parmi un éventail de 20 potentiels, en fonction du nombre d'acteurs impliqués et de l'étendue des pratiques cliniques. L'étude se base sur l'analyse de documents (n=11 : directives, opinions légales, politiques des ordres professionnels et de l'hôpital) et d'entrevues (n=27) auprès d'informatrices-clés impliqués, soit dans les soins, soit dans la gestion clinique. Elle compare les caractéristiques des DA eux-mêmes, explique le rôle des informatrices-clés et du processus d'implantation et d'utilisation des DA. Elle constate que a) l'implantation est plus aisée si des ressources y sont dédiées et b) une fois implantés, les DA ne sont pas utilisés également. Au-delà de lister les facteurs associés à l'utilisation variable des DA, comme certains le font (Nemeth et al., 2012), cette étude articule des relations de deuxième ordre entre les facteurs observés démontrant bien la complexité de l'action collective pour changer une pratique de soins. À titre d'exemple, le soutien des médecins au DA est lié au consensus préalable entre eux sur ladite pratique, lequel consensus assurera par la suite le soutien médical nécessaire aux infirmières. Le soutien médical est plus grand lorsque le DA est perçu comme un reflet d'une évolution de la pratique, autrement écrit si le DA formalise des activités déjà mises en oeuvre. À l'inverse, le soutien médical est moins présent lorsqu'il s'agit de gestes infirmiers nouveaux. Par ailleurs, l'inconfort des infirmières à utiliser le DA est en fonction de la probabilité d'un effet indésirable si une erreur de jugement est commise et aussi en fonction du délai écoulé entre la formation continue reçue par l'infirmière et la mise en application du DA. En somme, les ressources humaines et financières accordées, les attentes des acteurs, leur formation et la capacité à travailler avec plusieurs professionnels issus de disciplines diverses influencent l'implantation et l'utilisation des DA. Du point de vue de la méthode, cette étude de cas est exemplaire à bien des égards. En effet, son devis et les méthodes de collecte sont justifiés, la sélection des cas et des participants est expliquée, le contexte d'étude et la relation de la chercheuse avec les participants sont exposés, la méthode d'analyse est décrite et les résultats ont la forme attendue de thèmes émergents. La recherche des différences entre les cas a permis d'identifier les facteurs favorables à une

utilisation soutenue des DA par les infirmières. La plus grande limite remarquée est l'absence de retour aux participants pour valider les conclusions. On retiendra que l'analyse documentaire et les entrevues semi-structurées sont des méthodes de collecte de données appropriées pour éclairer le processus d'implantation des DA.

Une deuxième évaluation de l'utilisation des DA dans un centre de service de 1^{re} ligne (Scott-Jones et al., 2009) retient l'attention de l'étudiante-chercheuse, quoiqu'elle soit de moins grande rigueur que la précédente. Le but était de décrire l'utilisation de 17 DA par deux infirmières pendant 6 mois. Le devis prospectif met en valeur les données enregistrées dans un logiciel de gestion clinique (âge, genre, ethnicité du patient, conditions de santé, soins offerts avec DA) et en fait un traitement statistique minimal. Aucune description du mode de saisie initiale ni de vérification ultérieure des données n'est mentionnée. Des éléments contextuels sont décrits. Des commentaires des utilisatrices sont ajoutés pour illustrer leur point de vue, sans avoir informé le lecteur de quand, comment, par qui ils ont été obtenus, sélectionnés et analysés. L'étude révèle que près de 5 % seulement des rencontres dirigées par les infirmières impliquent l'utilisation des DA, dont 63 % concernent la prescription d'antibiotiques pour traiter l'impétigo chez les enfants ou l'infection urinaire. L'utilisation des DA est moins fréquente qu'anticipée. Le mérite principal de cette publication est d'illustrer les efforts de CI pour faciliter l'accès à une clientèle de 1^{re} ligne ayant des besoins diversifiés. L'étude témoigne que des rencontres cliniques régulières permettent aux infirmières de mieux comprendre l'anxiété des médecins à l'égard de l'incertitude diagnostique et aux médecins de mieux apprécier les connaissances et l'expertise des infirmières.

Relativement au modèle provincial d'OCCH discuté précédemment, un second article (Guilbert et al., 2013) relate les facteurs liés à l'implantation de la pratique infirmière l'intégrant. Toutes les infirmières ayant suivi une formation sur la contraception hormonale ont été sollicitées (n=3043), 27 % ont participé à un sondage incluant plus de 44 variables, dont plusieurs liées au modèle de diffusion de l'innovation de Greenhalgh et al. (2004). Globalement, il est constaté que des caractéristiques de l'innovation, de l'organisation et des facteurs externes influencent l'adoption de la pratique infirmière avec l'OCCH, sa vitesse d'implantation (délai entre la formation et la mise en œuvre de la pratique) et son

intensité (nombre de femmes desservies par mois selon cette pratique). Sans tout détailler ici, soulignons qu'un peu plus de 55 % des infirmières formées ont adopté la pratique, 28 % de celles-ci affirment desservir de deux à cinq femmes par mois et 40 % plus de cinq. La pratique est endossée plus rapidement par les infirmières travaillant dans des milieux regroupant moins de 50 employés. Les analyses de régression multiple identifient au moins cinq facteurs contributifs pour chaque dimension de l'implantation (adoption, vitesse, intensité), mais pas toujours les mêmes. Ainsi, les auteurs dégagent de ce tableau, la complexité de ce changement de pratique, en évoquant que ce sont les interactions entre le contexte externe, les adoptants et l'innovation qui jouent d'influence. Si plusieurs associations statistiquement significatives ont été relevées entre les attributs perçus de l'innovation et chacune des variables dépendantes (adoption, intensité d'adoption et vitesse d'adoption), l'influence des attributs perçus de l'innovation sont entrelacées avec d'autres facteurs (taille de l'organisation, secteur de pratique, région géographique, marrainage et soutien aux infirmières, les pratiques antérieures, etc.). Selon Guilbert et collaborateurs, l'adoption de nouvelles pratiques infirmières repose sur la CI. L'innovation s'inscrit dans un contexte soutenu par des alliés à l'intérieur et à l'extérieur de l'organisation. Ces alliés peuvent exercer une influence sur les décisions individuelles et organisationnelles concernant l'innovation. L'expérience des premiers adoptants sert aux acteurs intéressés par l'innovation et accélère leur processus d'implantation. En somme, cette étude souligne la pertinence d'évaluer certaines caractéristiques des milieux, de l'innovation et de la pratique infirmière en lien avec l'adoption, le délai d'implantation et l'intensité de l'implantation de l'OC. Elle justifie aussi de s'intéresser plus précisément à la CI et d'opter pour une perspective longitudinale.

Études évaluant l'effet de l'utilisation des DA

Les effets de l'utilisation des DA sur l'application des recommandations pour la clientèle diabétique ou sur les indicateurs de santé ont été évalués par trois études (Curtis et al., 2009; Nemeth et al., 2012; Rust et al., 2008). Par ailleurs, les retombées des DA ont été commentées dans plusieurs autres études, lesquelles seront présentées par la suite.

Concernant les effets mesurés, ceux-ci s'avèrent positifs, mais conditionnels à plusieurs facteurs. Voici les détails de trois études qui permettront d'en juger. Un projet de démonstration a été réalisé auprès d'un échantillon de huit organisations au sein d'un réseau national américain en comptant 150 (Nemeth et al., 2012). Il décrit l'implantation, l'utilisation et les effets de DA dans la réalisation de 15 activités préventives, dont cinq sont liées au suivi diabétique. Huit organisations ont été identifiées par choix raisonné pour leur diversité géographique et de taille parmi 20 organisations volontaires. Une approche évaluative mixte a été utilisée : l'audit de dossier électronique, l'observation, les notes de terrain et les entrevues semi-structurées auprès d'employés et de professionnels. L'utilisation des DA mène à une application significativement plus optimale de 6 des 15 activités préventives pour l'ensemble des sites et une tendance positive pour 8 autres. Six organisations ont amélioré leur suivi diabétique avec les DA. Néanmoins, aucune amélioration significative de l'HbA1c n'a été détectée. Ce résultat est commenté par les auteurs comme étant davantage le reflet des limites du régime d'assurances des patients que de la non-exécution des suivis appropriés, comme recommandé par l'équipe soignante mieux outillée pour le faire avec les DA. D'ailleurs, les utilisateurs se disent satisfaits au point de souhaiter développer d'autres DA.

La deuxième étude américaine a été réalisée dans une clinique médicale auprès des personnes atteintes de diabète à faible revenu (n=106). Au contraire de la précédente, elle suggère des effets positifs sur l'HbA1c selon un devis pré-post en mesurant les soins préventifs offerts et les paramètres physiologiques (Rust et al., 2008) à la suite d'un changement de pratique introduisant un DA pour faire le test d'HbA1c sur place au moment d'une visite. Les patients ayant un taux anormal sont invités plus fréquemment à une consultation, laquelle donnera souvent lieu à une optimisation de leur traitement. Le DA a permis d'augmenter le nombre de tests effectués jusqu'à atteindre un seuil de 86 % des patients qui correspondent aux critères d'admissibilité (différence non significative de 13 %). Avant l'introduction du DA, moins du trois-quarts des patients avec un contrôle sous optimal ($HbA1c > 8\%$) consultaient un professionnel de la santé dans un délai de 90 jours suivants, alors qu'après l'introduction du DA, 100 % des patients ayant une lecture élevée ont obtenu une consultation le jour même avec un professionnel de la santé. L'intensification du traitement est effectuée promptement chez les patients avec un HbA1c

élevé (>8 %) dans 29 % des cas avant l'introduction du DA et dans 53.8 % de cas après son introduction ($p=0,03$). Pour les patients testés en pré et post ($n=69$), une diminution de HbA1c est observée ($p=0,004$). Malgré les limites méthodologiques de cette étude, celle-ci suggère que les DA peuvent contribuer à l'offre accrue de services préventifs (prélèvements) et, éventuellement, permettre d'optimiser plus rapidement le traitement pour contrôler la glycémie.

L'étude correspondant au niveau le plus élevé de preuves (3c) (Joanna Briggs Institute, 2014) consiste en une étude de cohorte rétrospective auprès d'un large échantillon ($n=2345$) de patients d'une population américaine autochtone (Curtis et al., 2009). Elle avait comme objectif de comparer l'efficacité (diminution de l'HbA1c) et la sécurité des soins (fréquence des hypoglycémies rapportées) lors d'un suivi sur deux ans selon trois modalités de dispensation des soins en 1^{re} ligne soit a) suivi par un professionnel usuel ($n=1574$); b) suivi par un éducateur spécialisé en diabète gestionnaire de cas ($n=711$) et c) suivi par un tel éducateur utilisant des DA ($n=60$). Plusieurs précautions dans le traitement des données ont été prises, dont par exemple, la prise en compte des caractéristiques des patients (genre, indice de masse corporelle, âge, HbA1c initial, médicaments prescrits), l'équivalence des groupes selon les modalités et l'ajustement des seuils statistiques en raison de tests comparatifs multiples. Les résultats significatifs ($p_{ajusté}=0,014$) en faveur de la modalité de suivi par un professionnel en mesure d'ajuster le traitement versus le suivi usuel sont observés. Néanmoins ce type de suivi augmente légèrement les risques d'hypoglycémies, calculées selon l'incidence des hypoglycémies par personne sur une base annuelle, pour les patients traités à l'insuline (0,0049 épisodes d'hypoglycémies par personnes-années), avec un sulfonylurée (0,049 épisodes d'hypoglycémies par personnes-années) ou les deux combinés (0,019 épisodes d'hypoglycémies par personnes-années). Malheureusement, les données disponibles ne permettent pas de comparer les groupes selon la porte d'entrée dans les services offerts ni la durée de leur maladie, ni d'éclairer en détail le processus de soins des patients qui a conduit aux améliorations constatées.

Malgré leurs limites méthodologiques de ces études, l'ensemble de ces résultats renchérit les conclusions de la méta-analyse mentionnée plus tôt (Shojania et al., 2006) laquelle avait identifié déjà la valeur ajoutée des protocoles prévoyant l'ajustement de

traitement ou des DA intégrés au suivi des personnes diabétiques offert par des professionnels autres que des médecins. Parmi les 12 études retenues, les retombées des DA sont: la satisfaction des médecins, des infirmières et des patients (Bois et al., 2013; Nemeth et al., 2012; Ornstein et al., 2015), quoique la satisfaction des infirmières soit parfois mitigée (Philips et Wilkinson, 2015), l'intention d'en élaborer ou d'en adopter d'autres (Bois et al., 2013; Ornstein et al., 2015), l'augmentation de la fréquence des soins préventifs offerts (Nemeth et al., 2012; Rust et al., 2008), la prise en charge des cas plus simples par les infirmières ou les pharmaciens, ce qui est associé à la diminution du fardeau des médecins (Bois et al., 2013; Philips et Wilkinson, 2015), le changement de la dynamique dans les équipes de soin (Philips et Wilkinson, 2015), l'impression d'un accès accru pour les patients et de l'optimisation du traitement pharmacologique (Alvarado, 2007; Bois et al., 2013; Guilbert et al., 2011; Nemeth et al., 2012; Ornstein et al., 2015; Philips et Wilkinson, 2015; Rust et al., 2008; Scott-Jones et al., 2009), l'impact financier pour les individus ou l'organisation, conçu parfois comme un gain, parfois comme une dépense (Curtis et al., 2009; Rust et al., 2008).

2.3.3.3 Résumé

Les DA comme les OC ont pour but d'améliorer l'accès aux soins. Ces études conçoivent l'implantation des DA avec des indicateurs de la présence des DA, la vitesse d'implantation, l'intensité d'utilisation, l'amélioration du processus de soins ou de l'accès aux soins. Au-delà de leur réalité législative différente, les études sur l'implantation des DA et les OC dans les instances de 1^{re} ligne posent des constats communs. Les facteurs d'influence mentionnés sont de natures diverses, soit liés aux patients, aux professionnels, aux caractéristiques organisationnelles et aux instances actives dans le contexte externe. Ceux-ci semblent être en interaction les uns avec les autres et aucun n'apparaît être particulièrement déterminant. La majorité des articles retenus évoquent l'importance de la CI en lien avec les DA dans la discussion de leurs résultats. Or, aucune n'évalue quantitativement la CI et peu la décrivent avec détails. Ce lien évoqué entre les DA (OC) et la CI mérite que l'on s'y attarde spécifiquement.

Pour le développement des DA, Alvarado constate qu'il nécessite un travail impliquant des représentants de plusieurs disciplines (Alvarado, 2007). La phase d'implantation aussi

bénéficie de la CI (Nemeth et al., 2012). Les soins avec des DA nécessitent une compréhension mutuelle des préoccupations des infirmières et des médecins (Scott-Jones et al., 2009). Si la CI est envisagée comme condition préalable à l'adoption de l'OCCH, celle-ci est elle-même tributaire de la compréhension des mécanismes associés à l'OC et aux expériences de CI antérieures (Guilbert et al., 2013). L'expérience avec un DA encourage et facilite l'implantation d'autres (Bois et al., 2013; Guilbert et al., 2013; Nemeth et al., 2012).

Les publications québécoises sur les OC relatent que les récents diplômés en médecine au Québec ainsi que la majorité des professionnels en exercice de cette province ont une compréhension approximative des responsabilités légales associées aux OC. Par ailleurs, le processus d'élaboration des OC est qualifié de long et d'ardu, conditionnel à la volonté des médecins, du leadership de la direction des soins infirmiers et des liens avec les partenaires du réseau. Ces résultats ont été rapportés par des études n'ayant pas comme but de décrire le processus d'implantation des OCD. Par conséquent, ils peuvent se révéler imprécis ou incomplets.

À ce jour, relativement peu d'études livrent une lecture évolutive des facteurs influençant l'implantation des DA ou des OC en documentant avec précision la contribution de la CI. Par ailleurs jusqu'à présent ni dans les études sur les OC ni sur les DA, le point de vue des patients sur les soins n'a été étudié directement.

2.4 GMF comme contexte interne

Les organisations de 1^{re} ligne considérées comparables au GMF sont, dans d'autres législations, les « *Primary Care Initiatives* » en Alberta et les « *Family Health Teams* » en Ontario (Gocan, Laplante et Woodend, 2014; Lamarche et al., 2003). À l'issue de leur recension, Greenhalgh et collaborateurs (2004, p. 614) soulignent qu'une seule étude (Champagne, Denis, Pineault et Contandriopoulos, 1991), parmi les 200 analysées portant sur les services de santé, s'est attardée aux politiques internes (*internal politics. e.g. doctor-manager power balance*). L'objet de la présente étude exige que l'on comprenne mieux les GMF, conçus ici comme contexte interne (*inner setting*) lequel s'inscrit dans un contexte externe (*outer setting*) dont la prochaine section fera état. Les GMF seront décrits à partir

de sept publications dont des documents encadrant l'entente entre les GMF et le ministère de la Santé et des Services sociaux, les premières évaluations des GMF ou de l'application de la loi 90.

2.4.1 Description des GMF

Comme défini dans le document *Devenir un groupe de médecine de famille* (GMF) – Guide d'accompagnement (2003, révisé en 2005), les GMF créés depuis 2003 sont des organisations composées de médecins de famille travaillant en groupe avec l'étroite collaboration avec des infirmières et le soutien de personnel administratif. En échange de financement et d'une accréditation, les GMF assument des services médicaux de première ligne auprès de clients volontaires inscrits. La composition des individus au sein d'un GMF particulier est assez stable au sens où des acteurs clés y sont généralement investis pour plusieurs mois continus, voire des années. Les médecins de famille proviennent, soit d'une clinique privée ou de service public, soit d'une unité d'enseignement en médecine familiale, ou encore d'une combinaison de ces milieux. Les médecins pratiquant dans un GMF peuvent partager leur temps de travail avec d'autres lieux de pratiques. Parmi eux, un médecin désigné endosse les responsabilités de gestion du GMF.

Selon les ententes de paiement établies avec les médecins du GMF, le GMF peut posséder un statut privé, public ou mixte : s'en suivent des modalités différentes pour les processus d'approbation des OC. Indépendamment du statut particulier d'un GMF, des infirmières (soit avec une formation au baccalauréat ou une riche expérience en soins) en provenance des services publics, y travaillent sous l'autorité fonctionnelle des médecins du GMF et sont encadrées par la DSI, associées à un pôle plus centralisé régionalement (anciennement le centre de santé et des services sociaux (CSSS); dorénavant intégrés et renommés soit centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) selon les établissements qui le composent. Habituellement de une à trois infirmières assument une présence régulière selon le nombre de patients inscrits. Initialement, en 2003, il avait été statué que les GMF devaient compter entre 9 000 et 12 000 patients inscrits. Toutefois, en 2015, le nombre de patients inscrits pouvait varier entre 6 000 et 30 000. Nécessairement formés de médecins et d'infirmières, les GMF peuvent inclure d'autres professionnels, tels que des nutritionnistes, travailleurs

sociaux, psychologues et pharmaciens. Le personnel administratif (secrétaire, adjoint administratif) est financé par le MSSS et engagé par le GMF. Un GMF peut être localisé sur un seul site physique (monosite) ou avoir des satellites dans des locaux dispersés (multisites). Le GMF est lié à des instances locales et régionales (Breton, Lévesque, Pineault, Lamothe et Denis, 2008). Il est possible de distinguer les GMF en fonction de trois vagues selon leur date d'accréditation (Guilbert et al., 2013). À leur lancement en 2002, on visait un déploiement de 300 GMF sur les cinq années subséquentes : en début 2006, on en comptait un peu plus de 100; en 2014, 258 GMF étaient accrédités (Vérificateur général du Québec, 2015).

2.4.2 Conditions d'implantation des GMF et de la pratique infirmière

Des écrits sur la pratique infirmière en GMF et des recherches évaluatives de l'implantation des GMF renseignent sur le contexte et le processus d'implantation des OC. Leurs conclusions sont présentées brièvement ici et de façon plus détaillée dans un tableau synthèse (annexe 5).

La toute première publication sur la pratique infirmière en GMF (Roy et Sylvain, 2004) ne fait pas mention des OC. Cependant, en 2008 (Pelletier, 2008; Pelletier et Dallaire, 2009), dans une étude sur la pratique infirmière en GMF, les OC sont conçues comme un service rendu au médecin, car elles permettent de lui libérer du temps clinique. À partir de trois rapports très étoffés (annexe 5) (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2010; Fédération des infirmières et infirmiers du Québec, 2006; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008), il est possible d'affirmer que des conditions de nature structurelle, clinique et relationnelle ont favorisé l'implantation des GMF. Cependant celle-ci s'est effectuée dans le contexte changeant et incertain des premières années d'existence. La dynamique d'implantation a fait les frais de délais trop serrés entre la disponibilité de la politique GMF et leur mise en œuvre. Cet empressement a engendré d'importantes tensions au sein des premiers GMF, vraisemblablement associées au manque de balises formulées clairement. La variabilité dans le rythme et l'intensité des transformations de la pratique médicale et infirmière tout comme de la collaboration entre ces deux types de professionnels sont soulignées dans les écrits consultés.

En décrivant l'activité infirmière dans un GMF public et l'autre privé, des auteurs font le constat suivant : « [...] les infirmières, les médecins et les gestionnaires prennent de plus en plus conscience de l'influence qu'exercent les variables structurelles des GMF sur l'émergence de nouvelles pratiques de collaboration qui contribuent à une meilleure accessibilité et continuité de services » (Pelletier et Dallaire, 2009, p. 35).

Dans l'ensemble, on constate qu'un mouvement s'amorce pour établir une plus grande collaboration entre les professionnels et un élargissement du rôle des infirmières. L'interdisciplinarité est perçue en devenir. Pour l'intensifier, il faut davantage de soutien clinique, administratif et syndical ainsi qu'établir et consolider les liens inter-établissements en considérant les différences de culture (public/privé). Les études sur les pionniers mettent en lumière l'influence des professionnels, des réseaux, des ressources et des instances. Les multiples détenteurs d'enjeux (dont les compagnies pharmaceutiques) ont contribué autant à la définition qu'à la mise en œuvre de plusieurs ententes et dispositifs, lesquels ont sculpté progressivement la pratique en GMF. On remarque que les médecins des GMF privés progressent davantage dans le partage clinique que ceux des GMF publics (Beaulieu et al., 2006).

Selon un rapport sur les GMF de la région montréalaise (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2010), l'élaboration de protocoles de suivi conjoint pour certaines maladies chroniques s'est révélée un moyen important pour amener les médecins et les infirmières à se concerter et mieux se connaître. Néanmoins le suivi conjoint d'une clientèle précise, dont les diabétiques, soutenue par les protocoles était relaté comme peu courant au moins jusqu'en 2010. Même si le suivi conjoint des maladies chroniques est qualifié de gagnant pour les médecins et les infirmières, seulement six sur 23 GMF ont des protocoles pour le diabète ou l'hypertension. Les recommandations de ce rapport rejoignent celles faites par un rapport sur l'application des modifications du Code des professions pour l'ensemble des membres de l'Association québécoise d'établissement de santé et de services sociaux (AQESSS) (2009) : elles ciblent un appui accru de ressources externes et de réseautage. En 2006, un autre rapport suggérait directement que l'élargissement du rôle des infirmières dans les GMF bénéficierait assurément de

l'assouplissement des modalités d'élaboration des OC (Fédération des infirmières et infirmiers du Québec, 2006).

Les conditions d'implantation des GMF ont été abordées principalement par des études de cas utilisant une variété de méthodes de collecte (analyse documentaire, entrevue de groupe, entrevue individuelle, questionnaire, banques de données cliniques, observation directe) et en sollicitant divers interlocuteurs (gestionnaires, médecins, infirmières et patients). La triangulation des sources, des méthodes et des approches est très courante dans ces études, souvent qualifiées d'exploratoires. Dans leur ensemble, celles-ci ont permis de cerner la complexité du processus d'implantation des GMF et de souligner la multiplicité des influences sur le déploiement de la pratique renouvelée plus collaborative dans le suivi de maladies chroniques. La majorité de ces études rappelle que les premiers GMF ont été créés par des médecins généralement enthousiastes et des infirmières animées par le désir de faire évoluer leur profession; cela peut en effet limiter la transférabilité de leurs conclusions à l'ensemble des GMF du Québec.

Les études sur les GMF invitent à considérer comme retombées des OC, la libération du temps des médecins, l'allègement du fardeau des médecins, le déploiement d'une pratique infirmière plus autonome, le jumelage d'OC et du suivi systématique de maladies chroniques, l'augmentation du nombre de patients pris en charge, l'accès amélioré aux soins et la satisfaction de la clientèle et des professionnels.

2.5 Contexte externe des GMF

Dans les écrits sur l'innovation, le terme contexte y est utilisé tant pour faire référence à l'environnement général qu'au cadre plus spécifique. « Le contexte est une constellation de variables actives en interaction, n'est pas uniquement une toile de fond » (Damschroder et al., 2009, p. 50), il est partie prenante du processus d'adoption, et ce, particulièrement dans le cas d'innovation impliquant des professions différentes et la redéfinition de pratiques professionnelles (Fitzgerald et al., 2002). Greenhalgh et collaborateurs recommandent comme piste pour les études à venir d'explorer comment les comités officiels professionnels, les associations ou les ordres professionnels contribuent à la dissémination des innovations. De surcroît, le rapport sur l'application de la loi 90 de

AQESSS et les études sur les OC (Bois et al., 2013; Guilbert et al., 2013) confirment qu'il est pertinent de s'attarder à comprendre comment les acteurs éloignés contribuent à l'implantation des OC localement.

Il est ambitieux de cibler l'ensemble des éléments constituant le contexte externe des GMF. Il est difficile d'identifier avec exhaustivité qui sont les acteurs éloignés et de cerner leur positionnement face aux OC ou plus spécifiquement les OCD. Cette section propose donc une façon de parvenir à brosser un tableau général qui pourrait surprendre le lecteur. Elle va d'abord rapporter des analyses publiées par des chercheurs sur le système québécois et les orientations ministérielles, puisque le ministère devrait être un acteur d'influence du contexte externe du GMF. Ensuite, selon la prémisse que les revues et les sites des ordres, des associations de professionnels et détenteurs d'enjeux sont des vitrines de leur position et de leurs préoccupations, des exemples de communication entourant l'implantation des OC consultés sur la toile (*Web*) seront fournis pour mieux apprécier le contexte externe des GMF (annexe 6). Cette approche apparaîtra sans doute discutable pour certains. Sans aucune prétention à l'exhaustivité, comme l'aurait endossé une véritable étude bibliométrique ou une veille des médias, l'intention est de souligner la diversité des acteurs actifs qui se sont prononcés sur les OC et des formats de la documentation circulant dans le contexte externe des GMF entre 2005 et 2016.

Selon Pomey et al. (2009), les GMF sont le produit de préoccupations multiples liées aux enjeux structurels et économiques. Ils constituent une innovation et un compromis qui ont permis au gouvernement provincial de participer plus activement à l'organisation de la 1^{re} ligne en respectant l'autonomie professionnelle des médecins. L'annonce de l'implantation des GMF par les hautes instances gouvernementales a été relativement rapide, soit 2 mois après le dépôt du Rapport Clair (2000) dont les résultantes attendues sont la meilleure accessibilité, la prise en charge globale et la continuité des soins et services. Pour mettre en œuvre cette annonce, le ministère de la Santé et des Services sociaux a établi trois comités : a) un comité d'implantation, soit le Groupe de travail ministériel composé de représentants des ordres professionnels, des syndicats et d'experts universitaires ayant la responsabilité de formuler des recommandations au ministre; b) le Groupe de soutien à l'implantation composé de cliniciens (travailleurs sociaux, infirmières, pharmaciens) pour

développer le concept, les ententes et les outils et c) un comité de gouvernance composé de hauts fonctionnaires, dirigeants et coordonnateurs. Des différends et des controverses ont affaibli les liens entre les deux premiers comités. Au final, les représentants du ministère de la Santé et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec ont été les principaux joueurs dans la définition des conditions opérationnelles de GMF (modalités d'inscription des patients, de la rétribution des médecins, des mesures spécifiques sur l'accès).

L'organisation qu'est un GMF s'inscrit dans un environnement où interagissent de nombreux détenteurs d'enjeux, conditionnant, en partie, les décisions que les professionnels peuvent y mettre en œuvre. Les GMF sont en soi une innovation pour laquelle l'environnement externe s'est modifié, assez tôt après leur lancement par la création d'une nouvelle structure territoriale soit CSSS transformés en CISSS ou CIUSSS. Dans ce contexte changeant (Beaulieu et al., 2006; Breton et al., 2008; Pomey et al., 2009), différents acteurs ont participé à la formulation d'orientations, d'ententes, de prises de position et de modèles de fonctionnement concernant les GMF, et ce, incluant les modalités entourant l'adoption des OC.

Dès les premières années, les orientations ministérielles concernant les OC sont nommées clairement dans le document officiel intitulé Devenir GMF :

L'utilisation des protocoles de soins et des ordonnances collectives favorise le travail interprofessionnel et constitue une modalité fonctionnelle prépondérante des GMF. (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2005, p. 27)

Puis, l'orientation ministérielle au sujet des OC est réitérée fréquemment comme en témoigne, à titre d'exemple, un communiqué de presse du ministère de la Santé et des Services sociaux diffusé le 25 mars 2013 :

Le déploiement d'une première ligne de soins forte et accessible pour tous est l'une des grandes priorités de notre gouvernement. Parmi les actions que nous privilégions pour y arriver se trouve notamment la valorisation des pratiques collaboratives, sur lesquelles s'appuient justement les ordonnances collectives (Ministère de la santé et des services sociaux, 2013).

Concernant d'autres acteurs du contexte externe tels que les ordres professionnels et les associations de professionnels concernés par les OC, leur positionnement face à celles-ci peut transparaître dans le titre et les contenus des publications ciblant leurs membres ou diffusées au grand public. Le tableau de l'annexe 6 présente des éléments tirés d'un ensemble plus vaste obtenu, entre autres, en explorant régulièrement la toile. L'exploration s'est effectuée avec le moteur de recherche Google en utilisant les termes « ordonnances collectives » et en scrutant le contenu des dix premières pages saisies. Rappelons que l'information accessible au grand public, comme à l'étudiante, est plus restreinte que celle diffusée aux membres de ces organisations. Toutefois, ces quelques exemples permettent d'apprécier, en partie, les contenus et les formats circulant dans le contexte externe des GMF au sujet des OC.

Outre le ministère de la Santé et des Services sociaux, différentes instances ont été actives dans la diffusion de prises de position, de contenus et même de modèles d'OC. Citons les associations liées à une profession spécifique (OIIQ, OPQ, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), Association médicale du Québec (AMQ)) ou instances multipartites (Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec (ACMDPQ), Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), CSSS, Espace ITSS), une entreprise privée et une communauté virtuelle de pratique des infirmières en GMF. En ce qui a trait au positionnement initial des regroupements professionnels québécois à l'égard des OC, un extrait du rapport « *Les médicaments d'ordonnance : état de la situation au Québec deuxième version* » souligne la résistance :

De façon générale, l'application des OC n'est pas simple et le déploiement de cet outil a rencontré de nombreux écueils. L'outil mis de l'avant [OC] afin de soutenir la collaboration interdisciplinaire a connu une certaine résistance de la part de regroupements professionnels et de professionnels en pratique, entre autres en ce qui a trait au partage des responsabilités au regard de leur application. (Commissaire à la santé et au bien-être, 2014, p. 127)

En fonction des considérations précédentes, dans la présente démarche, il serait judicieux d'accorder une attention aux détenteurs d'enjeux dans le contexte élargi et de cerner leur influence dans l'implantation des OCD dans les GMF.

2.6 Positionnement de la démarche en fonction de la recension

2.6.1 Orientations

Aux termes de cette recension et dans la visée de contribuer à l'avancement des connaissances sur les OC en lien avec la CI, sept orientations principales pour guider la présente étude se précisent.

Premièrement, il est justifié d'établir un modèle conceptuel pour guider le choix des variables et des indicateurs en continuité avec les études sur les OC tout en proposant un avancement comparé aux études portant sur les DA en 1^{re} ligne. Si le nombre d'éléments identifiés comme favorables ou défavorables à l'implantation d'OC est relativement élevé, en prioriser certains aux dépens d'autres semble prématuré puisque très peu d'études se sont penchées précisément sur les DA pour les soins des personnes atteintes de diabète. Ainsi une approche de type exploratoire reste encore valable.

Deuxièmement, le portrait descriptif de l'adoption des OCD pour l'ensemble des GMF accrédité n'a pas été dressé. Ainsi l'implantation des OCD gagnerait à être qualifiée en termes de présence ou non d'OCD, du délai d'implantation et de la diversité des OCD utilisées (laboratoires, fournitures, médicaments). Pour bien cerner les préoccupations relevées sur la sécurité, la survenue de complications en cas d'erreur d'administration et d'incertitude diagnostique, il semble opportun d'explicitier la notion de portée clinique, jamais utilisée auparavant, mais évoquée (Alvarado, 2007; Scott-Jones et al., 2009). À ces fins, une approche quantitative descriptive serait appropriée. L'analyse documentaire a été et pourrait être une source d'information valable dans un exercice descriptif des OCD, des acteurs impliqués, des délais d'implantation, mais aussi de la diversité des OCD et de leur portée clinique.

Troisièmement, il serait pertinent de mesurer certains facteurs d'influence pour ensuite les mettre en lien avec le portrait descriptif des OCD. Pour ce faire, une approche quantitative corrélationnelle, conditionnelle à un échantillon de taille suffisante, est envisageable, car on dénombrait plus de 190 GMF au moment d'élaborer cette étude (janvier 2011). Reste qu'il est plus restreint que celui des études sur les OC ciblant les infirmières individuellement, comme unité (Guilbert et al., 2013). L'approche qualitative est une

alternative valable surtout qu'elle a été démontrée informative pour mieux comprendre l'implantation des GMF et les DA,

Quatrièmement, les liens entre les facteurs d'influence dans une perspective dynamique et longitudinale ont été peu articulés jusqu'à ce jour. Pourtant l'état des connaissances sur l'implantation des innovations dans les soins de 1^{re} ligne (Greenhalgh et al., 2004; Lau et al., 2016) invite les chercheurs à répondre aux questions du comment et du pourquoi (*how and why*) des succès d'implantation. Les auteurs de ces deux synthèses sur la diffusion des innovations dans le domaine de la santé recommandent de miser sur les devis mixtes pour construire une image riche du processus et des retombées. De plus, la communauté scientifique est conviée à considérer des démarches plus interprétatives qu'expérimentales en suggérant des zones d'exploration (Greenhalgh et al., 2004), la principale question étant « *Quels sont les processus qui permettent à des innovations spécifiques dans le domaine des services et des organisations de santé au sein de contexte et de cadre spécifiques de s'implanter et de se maintenir ?* » [traduction libre] (p. 620). Certaines questions plus précises trouvent une résonnance avec les éléments en suspens dans la recension sur les GMF et les OCD. À titre d'exemple, citons « *Quel est le rôle des organisations professionnelles et des réseaux non officiels interprofessionnels dans la propagation des innovations dans les organisations de santé ?* [traduction libre] (p. 619). *Comment ces réseaux servent-ils de canaux d'influence sociale et permettent-ils la réinvention d'innovations complexes ? Qui sont les individus qui agissent comme agents élargissant les frontières dans les organisations de santé ?* [traduction libre] (p. 618). Les écrits consultés réitèrent la pertinence des méthodes mixtes pour comprendre comment et dans quelles circonstances les DA se sont implantés. Les études de cas rigoureuses sur les DA ont été très instructives. Par conséquent, il est défendable de reprendre cette approche de faible niveau de preuve pour parvenir à offrir une perspective explicative et longitudinale d'une implantation réussie.

Cinquièmement, bien que la CI soit évoquée dans les études sur les DA et les OC et que les dimensions spécifiques de la CI y soient reconnues comme actives, la CI comme construit n'a pas été mise de l'avant avec un cadre conceptuel ou des outils de mesure pour en faire état rigoureusement. Globalement, les études sur les DA suggèrent que ces derniers

reposent sur cette collaboration entre les professionnels et entre les établissements pour leur développement et même leur utilisation. Sont cités l'importance de la vision commune, la collégialité entre les professionnels, le leadership des professionnels, la connaissance mutuelle, la communication et le respect des ententes. Tous ces éléments ne sont pas sans rappeler les dimensions du modèle de D'Amour et al. (2003). Ils méritent d'y consacrer une attention particulière avec une démarche plus rigoureuse pour faire état de la CI en contexte d'innovation. De surcroît, les premières démarches évaluatives sur les GMF ont intégré la CI et l'ont abordée avec ce modèle. Comme souligné dans la recension, le rapport multiple entre l'innovation et la CI justifie d'y réfléchir comme un processus en boucle (déterminant et retombée) qui s'alimente de part et d'autre. Ainsi il serait opportun d'adopter une méthode qui permettra d'explorer l'implantation des OCD dans les GMF avec une vision de l'évolution dans le temps des autres conditions identifiées comme favorables ou défavorables, dont les quatre dimensions de la CI.

Sixièmement, en majorité, les études sur les DA et sur les premiers GMF mentionnent leurs retombées positives. Néanmoins, dans le cas du diabète, certaines infirmières spécialisées hors Québec dans le soin des personnes diabétiques en ont une appréciation plus mitigée. L'avis des médecins et des infirmières travaillant dans l'ensemble des GMF au sujet des OCD n'est pas connu. Leur avis n'est pas nécessairement comparable à celui rapporté par des participants de profils différents et travaillant dans des contextes différents. Ainsi il serait justifié de documenter la perspective des professionnels des GMF au sujet des OCD.

Septièmement, il serait pertinent d'aborder plus directement le point de vue des patients sur le processus de suivi avec les OCD, car aucune des études retenues sur les DA et les OC n'a interrogé les patients directement. De plus, ces études ont examiné très sommairement les comportements d'autogestion en lien avec le suivi impliquant des DA, pourtant l'autogestion est considérée centrale dans le traitement du diabète. Cette étude est l'occasion de remédier à ces deux lacunes.

Finalement, l'implantation de DA, dont les OCD, est un processus impliquant de nombreux facteurs d'influence dont la CI, laquelle a été étudiée sans beaucoup de précision jusqu'à présent. S'il serait utile de décrire le phénomène des DA en termes de degré de mise en

œuvre, ce n'est pas tant celui-ci en soi est la cible ici. L'intérêt est plutôt sa progression et ses liens avec la CI, au fil du temps, en décrivant les considérations des individus (professionnels et patients) et des organisations qui ont émergé pendant le processus d'implantation.

2.6.2 Modèle intégrateur

La présente thèse repose sur un cadre conceptuel inspiré d'éléments provenant des sources principales, soit le cadre conceptuel de Greenhalgh et collaborateurs (2004), lequel décrit les déterminants de la diffusion, dissémination et implantation d'innovations dans le domaine de la santé, et le modèle de D'Amour et al. (2003) portant sur le processus de la structuration de la collaboration, en y intégrant les notions d'objet intermédiaire et d'objet-frontière.

Illustré à la figure 1, il met en valeur les constats de la recension où la temporalité est représentée dans l'axe vertical. Ces conditions favorables ou défavorables sont liées à l'innovation elle-même, aux caractéristiques structurelles et opérationnelles des GMF, dont la CI. La CI y est conçue comme une condition préalable à l'OC qui la soutient ou l'entrave. Elle s'alimentera du travail de formalisation ainsi que des retombées de l'innovation. L'innovation est conçue comme ayant des caractéristiques centrales et périphériques (illustré par trois cercles de plus en plus définis pour symboliser le raffinement et la stabilisation des caractéristiques des objets intermédiaires) qui se négocieront par les acteurs, entre eux (contexte interne) sous l'influence du contexte externe. La mise en œuvre se qualifie par la présence d'OCD, le délai d'implantation, la diversité et de la portée clinique des OCD implantées. La diversité réfère au nombre total d'objets différents ciblés dans l'ensemble des OCD d'un même GMF (par exemple : prélèvement pour test de laboratoire, fournitures, initiation ou ajustement de traitement médicamenteux). La portée clinique se définit comme les résultantes cliniques immédiates pour le patient advenant l'application de l'OCD. Si les OCD sont implantées, elles auront des retombées. Les OCD ont le potentiel de transformer les pratiques des professionnels, l'interaction entre l'infirmière et les patients et possiblement l'autogestion de ces derniers. Les retombées réelles ou pressenties seront à leur tour une source d'influence sur les caractéristiques du contexte interne et externe, dont la CI. Il suggère ainsi que les retombées d'une innovation

ont des effets non seulement sur la pratique actuelle des professionnels mais aussi sur la réceptivité des GMF à d'autres innovations.

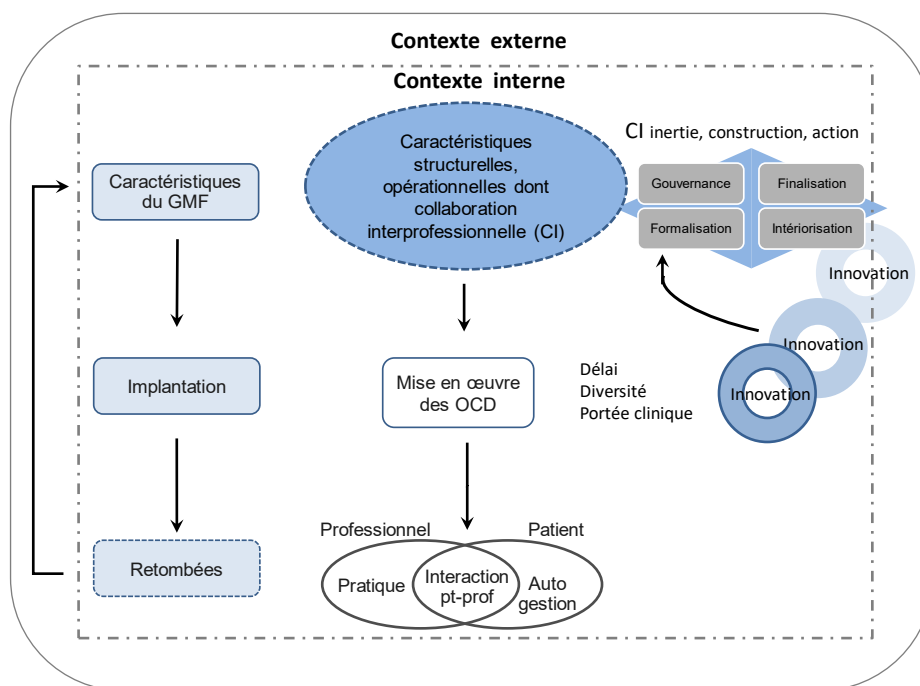


Figure 1. Schématisation du modèle intégrateur

2.6.3 Questions de recherche

La présente étude a pour objectifs de décrire et expliquer comment s'est déployée la CI au cours de l'implantation des ODC dans les GMF. Les questions spécifiques de recherche sont les suivantes :

- 1) Les OC et les ODC sont-elles implantées dans les GMF?
- 2) Si des ODC y sont implantées, depuis quand le sont-elles?
- 3) Si des ODC y sont implantées, quel(s) objet(s) de suivi diabétique concernent-elles?
- 4) Quelles conditions favorables et défavorables, liées à l'innovation, au contexte interne et externe, sont associées à l'implantation d'ODC dans les GMF?
- 5) Comment le processus d'implantation des ODC est-il associé au déploiement de la CI dans les GMF?
- 6) Quelles en sont les retombées observées par (a) les professionnels impliqués dans les GMF (b) par les patients adultes diabétiques de type 2 bénéficiant qu'un suivi intégrant des ODC?

CHAPITRE 3 - MÉTHODE

Ce chapitre aborde la méthode et les considérations éthiques. Il permet de répondre aux questions formulées dans le chapitre précédent. Étant donné que les articles ne peuvent préciser certains aspects méthodologiques, le présent chapitre présente les éléments qui nécessitent plus de détails. Ainsi à la suite de la justification du devis mixte séquentiel explicatif dans son ensemble, le premier volet de l'étude, puis le second volet sont décrits en évoquant l'opérationnalisation des concepts, les stratégies de collecte de données mises en œuvre, l'analyse de ces données et le recrutement des participants. Des précisions sont fournies concernant les stratégies souscrire aux critères de rigueur d'une recherche mixte sont discutées. Ce chapitre se conclut par les considérations éthiques des deux volets de l'étude.

La présente étude s'intéresse aux retombées des OCD dans la perspective de mieux comprendre les processus de transformations de l'intervention en soi et du contexte au regard de la CI particulièrement. Elle se rapproche, selon la nomenclature proposée par Champagne et collaborateurs (2011), de l'analyse de la transformation de l'intervention (nommée 1a), soit l'étude de l'évolution de l'intervention au fil du temps. Elle ne cherche pas à établir comment, en fonction du contexte, le degré d'intégrité d'une intervention prescrite peut expliquer la variabilité des effets anticipés sur l'état de santé de la clientèle. L'état des connaissances sur l'adoption et l'implantation des OCD ne peut pas supporter cette variante d'analyse de l'implantation. Pareillement l'étude des effets serait beaucoup trop prématurée.

3.1 Devis de recherche

Cette section a pour but de justifier les choix méthodologiques dont celui du devis. La rareté des études sur les OCD oriente d'abord vers une approche descriptive du phénomène. Cependant le souhait d'explorer les relations entre le contexte, le processus et les retombées des OCD suggère d'utiliser une approche explicative. Ainsi le devis privilégié est le devis mixte séquentiel explicatif (QUANT + qual → QUAL) (Pluye, Nadeau, et al., 2009). Le

volet 1 s'appuie sur une enquête laquelle intègre des données obtenues en interrogeant des personnes et en analysant des documents (QUANT+ql), nous y reviendrons dans la section collecte de données. Ce premier volet mène à la sélection du cas (→) pour effectuer le volet 2, lequel est considéré une approche qualitative (QUAL). Dans ce type de devis, il est approprié de concevoir un flux d'analyse itératif, cela signifie que les résultats du volet descriptif alimentent le volet explicatif par des pistes à explorer davantage, et que réciproquement, les résultats du volet explicatif peuvent inviter le chercheur à revisiter les données du premier. Dans l'ensemble, les deux volets permettent de répondre aux questions formulées précédemment.

En général, l'enquête transversale permet de recueillir de l'information au sujet d'un phénomène auprès d'un grand nombre d'unités et d'explorer les relations entre le phénomène et les variables d'intérêts prédéfinies. Elle décrit les caractéristiques et permet de comparer les unités en appréciant leur dispersion (Statistique Canada, 2013). Les enquêtes s'emploient afin d'explorer ou de confirmer les facteurs associés à une implantation réussie (Champagne, Brousselle, et al., 2011; Denis et Champagne, 1990; Pluye, Nadeau, et al., 2009). Étant donné que les OCD peuvent être quantifiées et qualifiées, et que les GMF constituent une population d'unités organisationnelles bien distinctes et circonscrites, il a été envisagé de procéder à une enquête pour préciser l'incidence du phénomène.

Puisque les caractéristiques structurelles et opérationnelles des GMF varient (Beaulieu et al., 2006; Trahan et al., 2007), il est justifié de vouloir décrire les éléments du contexte (interne et externe) et de les mettre en relation avec des indicateurs de l'implantation des OCD. Dans cette visée, les approches quantitatives sont fructueuses si elles intègrent des outils considérés fidèles et valides pour la population étudiée et si elle recrute un échantillon représentatif de la population à l'étude, ce qui soutiendra la validité externe (Fortin et Gagnon, 2016; Statistique Canada, 2013). Au moment de la rédaction du protocole, les GMF, comme unité, sont approximativement 190. Il est à noter que les études publiées sur les OC ont ciblé plutôt les individus comme l'unité d'intérêt que les organisations.

L'étude de cas a été retenue, car elle est appropriée pour la description, l'explication de processus inhérents à divers phénomènes individuels, de groupes ou d'une organisation (Woodside et Wilson, 2003). Elle est utile pour éclairer le processus social des réformes organisationnelles et des changements dans les services de santé. (Pope, Banks, Salisbury et Lattimer, 2008; Pope et Mays, 2007). Elle a été utilisée comme méthode pour étudier les innovations en santé (Denis, 2002; Lukas et al., 2008) et l'implantation des premiers GMF (Beaulieu et al., 2006; Roy et Sylvain, 2004). L'étude de cas peut répondre aux questions qui, quoi, quand et comment pour ensuite, élaborer une explication du pourquoi des choses (Eisenhardt, 1989).

La difficulté de cette méthode est de bien cerner les frontières du cas. Ici les GMF, comme unité, se prêtent bien pour étudier le phénomène, car la clientèle est inscrite et les membres de l'équipe sont identifiables. Les membres partagent dans un espace physique déterminé des activités et produisent des documents en lien avec celles-ci. Cela permet de planifier d'avance des stratégies de collecte variées et de les compléter selon les opportunités du terrain ce qui est d'usage dans cette approche (Miles et Huberman, 2003). En fait, la possibilité de vérifier, trianguler et d'intégrer les données issues de sources et de stratégies de collecte variées fait la force de l'étude de cas (Fortin et Gagnon, 2016; Luck, Jackson et Usher, 2006; Wolf, 2010). Dans l'état des connaissances au moment de l'écriture du protocole, ce dispositif est jugé valable.

La figure 2 présente le devis mixte séquentiel explicatif. Dans la perspective pragmatique (Creswell et Zhang, 2009), les choix de devis et de stratégies de collecte de données doivent optimiser la chaîne de preuve.

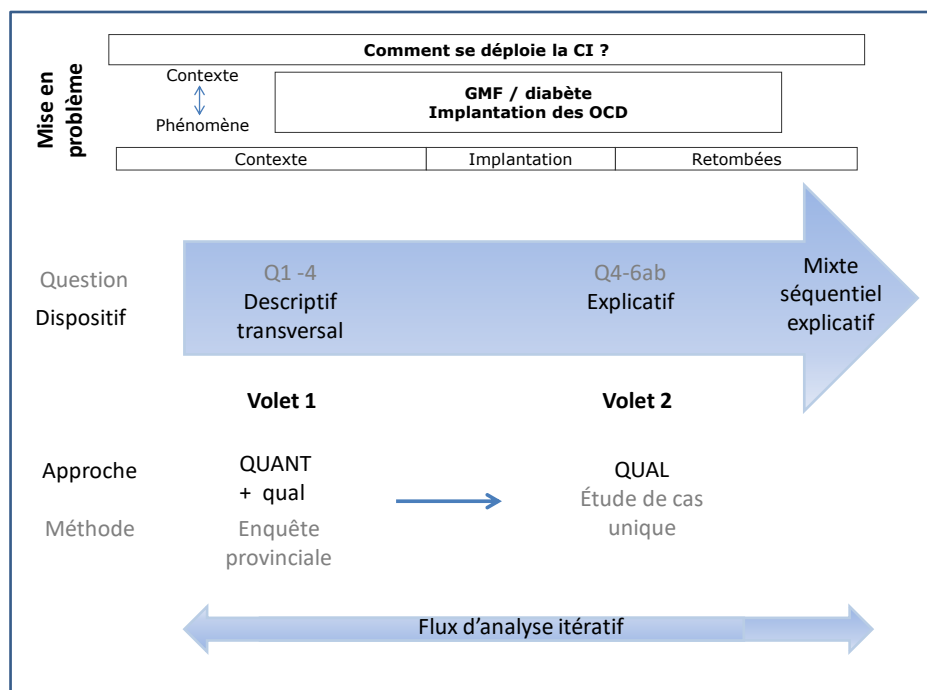


Figure 2. Schématisation du devis mixte séquentiel explicatif

Le devis mixte exige de prendre plusieurs précautions pour respecter, d’une part, les critères de rigueur respectifs à l’approche quantitative et qualitative et, d’autre part, pour créer une chaîne de preuves qui confère les qualités attendues à une démarche mixte soit la reproductibilité, la crédibilité, la pertinence et la transférabilité (Bryman, 2008; Leech, Dellinger, Brannagan et Tanaka, 2010). Les prochaines par présentent les choix effectués pour respecter ces critères. L’annexe 7 renseigne sur la méthode concernant les deux volets. Les annexes 8 à 13 sont associées au volet 1, les annexes 14 à 22, au volet 2.

3.2 Construits, dimensions, variables et indicateurs à l’étude

Le modèle intégrateur (figure 1) présente les construits à l’étude (contexte externe et interne, processus d’implantation et retombées) ainsi que les dimensions associées. L’annexe 7 est élaborée sous forme de tableau constitué de 4 colonnes de manière à voir les correspondances entre chacun des construits, des dimensions, des variables et des indicateurs en détaillant le volet 1 et 2. Dans la 4^e colonne se trouve également le détail du numéro de la ou les questions posées lors de l’enquête (volet 1). Ce tableau permet de constater un emboîtement partiel des deux volets. Certaines dimensions n’ont pas étudié

dans le volet 1. Jusqu'à trois sources ont été mises à profit pour mesurer et trianguler les indicateurs associés.

Pour guider le lecteur dans le tableau de l'annexe, deux exemples sont précisés ici. Le contexte interne défini par trois dimensions, soit les caractéristiques structurelles du GMF, les caractéristiques opérationnelles et l'innovation, est étudié dans le volet 1 et 2. Si on s'attarde aux caractéristiques structurelles, elles ont été définies par les variables suivantes : vague d'implantation, statut légal, type de gouvernance, accessibilité pour la clientèle, taille et maturité du GMF. Dans ce cas, la variable type de gouvernance est opérationnalisée en termes de composition du comité de gestion du GMF et du nombre de sites associés au GMF principal. Ces indicateurs sont évalués dans les deux volets. La composition du comité a été traitée à la 5^e question posée dans le questionnaire du volet 1 et pris en compte dans l'étude de cas. Si le lecteur s'attarde au volet 2, il constatera qu'il est le seul à évaluer la dimension innovation en termes de ses caractéristiques (avantage relatif, qualité d'être observable, d'être fiable, aisance d'utilisation, issue d'une source crédible et reconnue comme ayant des caractéristiques centrales ou périphériques).

3.3 Volet 1 : Dispositif descriptif transversal

3.3.1 Population et échantillon

Cette étude a ciblé les GMF à titre d'organisation de services de santé de 1^{re} ligne. La population à l'étude a été l'ensemble des GMF du Québec existant au moment de l'étude. Le seul critère d'exclusion consistait à être accrédité depuis moins de 6 mois en date du 1^{er} mai 2011. Puisque le processus d'accréditation des GMF est centralisé, une liste mise à jour des GMF accrédités a été obtenue directement du MSSS. Cette liste à jour des GMF obtenue détaillait la région administrative du GMF, le CSSS associé, le nom du GMF, l'adresse complète, le statut légal, la date d'accréditation, le numéro de téléphone et dans la majorité des cas, le nom de l'agente administrative et une adresse courriel.

3.3.2 Recrutement

3.3.2.1 Création d'une liste d'envoi

Après une vérification minutieuse des 240 entrées, des doublons ont été retrouvés et supprimés de la liste initiale. Un appel a été fait auprès de chaque GMF sur la liste révisée pour valider l'adresse du site principal du GMF et pour ajouter le nom du médecin responsable du GMF. Au total, 224 GMF ont été ciblés. Une fois les démarches éthiques effectuées, sur lesquelles nous reviendrons plus tard, 197 GMF étaient accessibles dont la majorité avait un statut légal privé (n=152) et près du quart, avait un statut légal public ou mixte (n=45).

3.3.2.2 Contacts avec les participants

En raison des démarches éthiques distinctes pour les GMF de statut légal privé et ceux de statut public ou mixte, deux vagues de recrutement ont été nécessaires (privé : dès mai 2011; publics ou mixte : dès novembre 2011). Le recrutement des GMF à titre d'organisation a ciblé d'abord le médecin gestionnaire responsable de chacun des GMF accessibles et admissibles. Les correspondances lui ont été envoyées, car il est désigné pour assumer des tâches de gestion interne et de représentation de l'organisation. S'il consentait à l'étude, il recrutait lui-même le répondant de son choix, préférablement l'infirmière offrant des suivis aux personnes atteintes du diabète au sein du GMF.

En s'inspirant des recommandations de Dillman, Smyth et Christian (2008) pour les sondages expédiés par la poste, une première carte postale attrayante a été envoyée aux GMF pour annoncer la tenue de la présente étude (annexe 8). Les renseignements inclus n'affichaient aucun parti pris professionnel pour minimiser un éventuel biais de participation. Deux semaines plus tard, l'envoi postal principal a été effectué, constitué a) d'une lettre de présentation personnalisée adressée au médecin accompagnée d'un coupon-réponse (annexe 9) et b) d'une enveloppe adressée à la répondante contenant une lettre de présentation (annexe 10), de deux copies de consentement (annexe 11), d'un questionnaire (annexe 12) et d'une enveloppe-réponse timbrée. L'anonymat de la répondante et du GMF a été préservé par l'utilisation d'un code attribué à chaque GMF. Ce code a été communiqué au médecin et à l'infirmière répondante. Il a été inscrit sur tous les documents envoyés au

GMF de la part de l'étudiante-chercheuse. Le coupon-réponse du médecin pouvait parvenir par courriel, télécopieur ou par la poste.

Lors de la première vague d'envoi des questionnaires, une grève tournante de Poste Canada a sévi. Ainsi des appels (n=22) au hasard parmi les GMF admissibles ont été effectués pour vérifier la réception des questionnaires pour limiter le biais d'invitation (Sykes, Walker, Ngwakongnwi et Quan, 2010). Un rappel aux non-participants a été effectué au moyen d'une carte postale, similaire à la première, deux semaines suivant l'envoi du questionnaire complet. Le dernier contact s'est effectué par courriel (incluant tous les fichiers de l'envoi initial), en s'adressant à l'agente administrative de chaque GMF non participant. Un tableau de bord (logiciel Excel) a permis de faire le suivi des envois et de la réception des documents. Une seule enveloppe adressée a été retournée (erreur de destinataire) et une copie de questionnaire sans code de participant est parvenue, ces données n'ont pas été incluses dans les analyses.

3.3.3 Collecte de données

3.3.3.1 Vue d'ensemble de la collecte

Au moyen d'une enquête provinciale combinant deux méthodes de collecte de données, le volet 1 visait à vérifier si les OC et les OCD sont implantées dans les GMF. Si des OCD y sont implantées, depuis quand le sont-elles? Si des OCD y sont implantées, quel(s) objet(s) de suivi diabétique concernent-elles? Quelles conditions favorables et défavorables, liées à l'innovation, au contexte interne et externe, sont associées à l'implantation d'OCD dans les GMF?

Tel que mentionné dans l'annexe 7, les dimensions prises en compte sont le contexte externe (méso-système), le contexte interne (caractéristiques structurelles et opérationnelles des GMF) et le degré de mise en œuvre des OCD. Deux stratégies de collectes de données (questionnaire, collecte de documents) ont été mises en place afin de maximiser la qualité des données obtenues en considérant la dispersion géographique des GMF, la nécessité de minimiser la perturbation des activités de la répondante et les contraintes de participation en raison de ressources financières ou humaines.

La figure 3 présente un aperçu de la démarche explicitée dans les prochaines sections. Elle précise pour les construits « contexte » et « implantation », leurs dimensions, variables, sources, stratégies de collecte, analyses ainsi que les produits du volet 1.

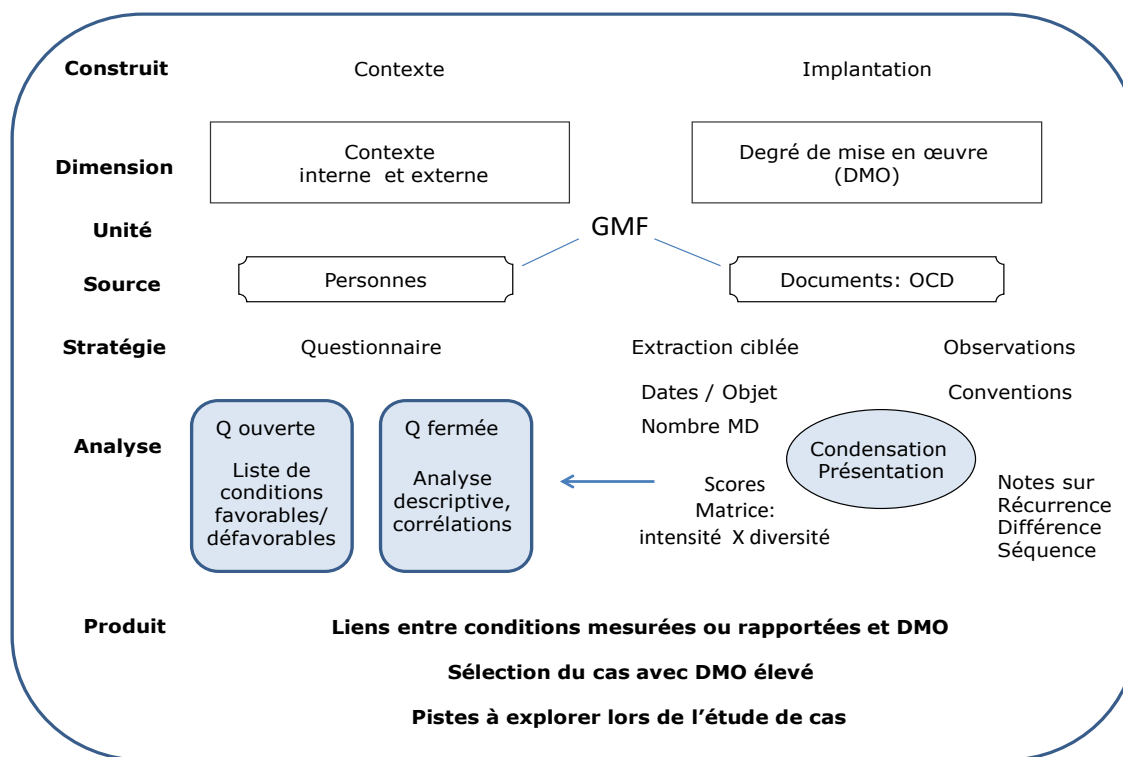


Figure 3. Schématisation du volet 1

3.3.3.2 Questionnaire

Le questionnaire final (annexe 12) comporte huit sections (caractéristiques du GMF, rôle et fonctions de l'infirmière auprès de la clientèle diabétique, adoption d'OC et OCD, collaboration inter-établissements, inventaire du climat d'équipe, ressources humaines, données sociodémographiques de la répondante) et un total de 101 questions, presque en totalité sous forme de choix multiples ou d'échelle de Likert. Outre la section de commentaires généraux, seulement deux questions nécessitent des précisions par une réponse courte et elles ne s'appliquent qu'aux participants ayant une OC. En fait, si le GMF ne s'était pas encore engagé dans l'implantation des OC, le nombre de questions à répondre était considérablement réduit.

Élaboration du questionnaire

Aucun questionnaire validé mesurant toutes les variables d'intérêt n'a été recensé. La consultation de quelques questionnaires et grilles d'entrevue d'études en cours ou complétées sur des sujets connexes tels l'applicabilité du *Chronic Care Model* au contexte québécois (Levesque et al., 2009), l'implantation des GMF (Trahan et al., 2007), l'application de la loi 90 (Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, 2009) et le climat organisationnel (Anderson et West, 1996) a permis d'élaborer un questionnaire maison. Ce dernier a inclus l'entièreté des items d'une traduction du *Team Climate Inventory* (Anderson et West, 1998) et des questions spécifiques au présent projet.

Le questionnaire *Team Climate Inventory* (TCI) a été retenu pour se prononcer sur le climat d'équipe au sein du GMF, comme caractéristique opérationnelle. Le TCI a été utilisé pour étudier l'association entre les caractéristiques des organisations et la qualité des soins en 1^{re} ligne (Beaulieu, Haggerty, et al., 2013). Le développement et la validation de ce questionnaire ont fait l'objet d'un premier article en 1996 (Anderson et West). Utilisé dans une vaste étude sur les cliniques de médecine de famille en 1^{re} ligne (n=60 cliniques; n=3650 patients atteints de maladies chroniques) en Angleterre, il a relevé un lien entre le climat d'équipe, l'appréciation de l'accès des patients et l'indicateur de santé HbA1c des patients diabétiques (Campbell et al., 2001). Depuis, plusieurs publications commentent les qualités psychométriques des différentes versions de l'instrument (version longue et courte, langues) qui, en général s'avèrent bonnes (Goh et Eccles, 2009; Mathisen, Einarsen, Jørstad et Brønnick, 2004; Ouwens et al., 2008; Strating et Nieboer, 2009) lorsqu'utilisées auprès d'une population d'infirmières et de professionnels de la santé. Au moment de la rédaction du protocole du présent projet, la Chaire sur la médecine de famille de l'Université de Montréal procédait à la validation québécoise de la version courte du TCI. L'autorisation d'utiliser la version courte québécoise de 19 items a été accordée par l'auteur de la version anglaise et la chercheure responsable de sa traduction. Publiés depuis (Beaulieu et al., 2014), les résultats de l'analyse factorielle exploratoire soulignent que la version française démontre une structure de quatre facteurs, tel qu'attendu, et pour lesquels les valeurs de coefficients d'alpha de Cronbach varient de 0,88 à 0,93. Ce coefficient pour l'ensemble du TCI est de 0,95. Néanmoins aucune démarche pour un test-retest n'a été

effectuée à partir de l'échantillon de 471 personnes travaillant dans 37 équipes en soins de santé en 1^{re} ligne de Montréal (Beaulieu, Haggerty, et al., 2013).

Avis d'experts et pré-test

Outre le TCI, pour cerner les variables à l'étude, une série d'énoncés a été formulée et révisée par les directrices. Par la suite, quatre experts ont jugé de la pertinence et de la clarté des énoncés à l'aide d'une grille d'appréciation (annexe 13). Ils ont été recrutés par l'étudiante-chercheuse parmi les collègues de son réseau professionnel (infirmière et spécialisée dans le domaine des politiques et des organisations de la santé; une chercheuse en santé publique; un médecin de famille ayant déjà élaboré des OC, chercheuse junior 1 spécialisée en évaluation d'implantation) afin de bénéficier de perspectives professionnelles diversifiées sur le questionnaire. Tous les professionnels approchés ont accepté d'emblée. Seuls les énoncés jugés très pertinents ou pertinents par tous les experts ont été retenus, les suggestions de reformulation ont été prises en compte. L'ébauche a été soumise à une infirmière en GMF (hors échantillon) pour tester la compréhension des énoncés par une répondante type et évaluer le temps pour le remplir.

3.3.3.3 Collecte des OCD implantées

Le questionnaire était composé de questions concernaient les OCD, néanmoins une double stratégie de collecte a été réalisée afin de minimiser l'imprécision des faits autorapportés dans l'évaluation du degré de mise en œuvre des OCD.

Dans le cas d'un GMF ayant implanté une ou des OCD, la répondante a été invitée à envoyer une copie à l'étudiante-chercheuse de celle(s)-ci en apposant le code d'identification fourni. Les OCD pouvaient parvenir par courriel, télécopieur ou par la poste avec l'enveloppe préaffranchie fournie. Le statut d'utilisateur d'OCD n'a été accordé au GMF qu'à la condition d'une OCD ait été reçue par l'étudiante-chercheuse.

L'implantation des OCD a été définie par le degré de mise en œuvre des OCD, lequel se traduit par les trois variables (délai d'implantation des OCD, la diversité des OCD implantées et leur portée clinique) et des indicateurs associés (annexe 7). Ces indicateurs exigent l'extraction et le traitement des informations contenues dans les OCD. Advenant

des divergences entre les renseignements fournis dans le questionnaire et constatés dans les OCD, la donnée retenue était celle extraite de l'OCD.

3.3.4 Traitement et analyse des données

3.3.4.1 Questionnaire

Cinquante-trois questionnaires remplis ont été retournés par les répondantes (GMF privés entre mai 2011 et mai 2012; GMF publics ou mixtes entre novembre 2011 et avril 2012). Chacun s'est vu attribuer un numéro de saisie. Un cahier de code a été élaboré dans le fichier du logiciel de traitement de données quantitatives SPSS 17 et une saisie a été faite directement par une professionnelle de recherche. Les ambiguïtés ont été notées sur le questionnaire papier et discutées avec l'étudiante-chercheuse. Les commentaires des répondantes ont été retranscrits par l'étudiante-chercheuse dans un fichier de logiciel de traitement de texte Word par question en précisant le numéro de saisie.

3.3.4.2 Description de l'échantillon

Les GMF participants proviennent de 13 régions administratives du Québec, ils sont variés en termes de statuts légaux et de nombre de sites d'activité. Le tableau 1 permet d'apprécier la distribution de certaines caractéristiques de la population accessible (ici l'échantillon exhaustif; N=221), des GMF admissibles (n=193) et des GMF participants (n=53), telles qu'inscrites dans la liste officielle fournie par MSSS. Afin de comparer leurs caractéristiques des analyses statistiques ont été conduites. Les proportions de GMF participants ont été comparées de manière à déterminer si, statistiquement, il y avait des différences importantes entre les taux de participation (relatifs aux populations accessibles et admissibles) des groupes de GM. Toutes les comparaisons effectuées confirment que les régions, les statuts et le nombre de sites de l'échantillon exhaustif et des GMF admissibles sont représentées équitablement parmi les participants¹. Ainsi il est possible d'affirmer que malgré un taux de réponse limité, les GMF participants sont très similaires aux GMF de l'échantillon exhaustif et des GMF admissibles sur ces trois caractéristiques dites structurelles.

¹ Consulter la note de la page suivante

Tableau 1 - Représentativité des GMF participants

Caractéristiques des GMF						
	Échantillon exhaustif		Admissibles		Participants	
	(N=221) ^a		(n=197) ^b (n=193) ^c		(n=53) ^d	
Caractéristique	n	%	n	%	n	%
Régions						
1	9	4,1	6	3,1	1	1,9
2	9	4,1	7	3,6	2	3,8
3	28	12,7	27	14,0	7	13,2
4	21	9,5	18	9,3	6	11,3
5	13	5,9	13	6,7	7	13,2
6	27	12,2	22	11,4	6	11,3
7	10	4,5	8	4,1	3	5,7
8	7	3,2	5	2,6	3	5,7
9	4	1,8	4	2,1	3	5,7
10	1	0,5	1	0,5	0	0,0
11	3	1,4	0	0,0	0	0,0
12	18	8,1	17	8,8	2	3,8
13	8	3,6	5	2,6	0	0,0
14	12	5,4	12	6,2	3	5,7
15	18	8,1	17	8,8	2	3,8
16	33	14,9	31	16,1	8	15,1
Statut						
Privé	155	70,1	152	78,8	33	62,3
Mixte	45	20,4	26	13,5	11	20,8
CLSC	13	5,9	8	4,1	7	13,2
UMF	8	3,6	7	3,6	2	3,8
Nombre de sites						
1	94	42,5	88	45,6	22	41,5
2	54	24,4	47	24,4	14	26,4
3	34	15,4	30	15,5	9	17,0
4	16	7,2	14	7,3	3	5,7
5	11	5,0	8	4,1	2	3,8
6	5	2,3	1	0,5	1	1,9
7	3	1,4	3	1,6	1	1,9
8	1	0,5	1	0,5	0	0,0
9	1	0,5	1	0,5	1	1,9
10	1	0,5	0	0,0	0	0,0
11	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Note. ^aLa liste officielle du MSSS transmise contenait 242 entrées, les doublons identifiés par la redondance de l'adresse et du nom du commis administratif ont été extraits pour obtenir un échantillon exhaustif; ^bSuite aux démarches éthiques; ^cSuite à la réponse négative ou à la non-réponse du comité responsable de d'examen de convenance institutionnelle ou vérification du nombre de mois minimal de fonctionnement ou retour d'envoi postal pour adresse exacte sans occupant; ^dSuite à la réception d'un questionnaire bien identifié et rempli. Analyses de comparaisons ²

² Ces comparaisons de taux de participation ont été réalisées par des tests du khi-carré et par un test de Fisher. Ainsi, selon la distribution régionale, aucune différence significative n'a été détectée lorsque ces taux sont établis sur la base de la population accessible des GMF (N= 221, khi-carré= 21,840; dl= 15 cellules (46,9 %) ont un effectif théorique < 5; test de Fisher impossible à calculer sur SPSS à cause de mémoire insuffisante) et aucune différence significative n'a été détectée lorsque ces taux sont établis sur la base de la population

3.3.4.3 OCD : extraction et traitement des données

Lorsque l'existence d'OCD était annoncée dans le questionnaire, une vérification des OCD reçues était faite. Dans le cas où les OCD étaient manquantes ($n=6$), un appel au GMF fut effectué pour clarifier l'incongruence. Lors de cet appel, quatre GMF ont rectifié leur réponse et affirmé ne pas avoir d'OCD; deux GMF ont été effectués leur envoi et l'extraction des données a pu être réalisée.

Le degré de mise en œuvre évalué à partir d'indicateurs liés aux quatre variables (délai d'implantation, diversité, portée clinique et score total) est précisé à la suite de l'extraction des données brutes et leur transformation par calculs. Une grille d'extraction pour condenser et présenter les OCD a été élaborée préalablement à la collecte de données en s'appuyant sur des OCD disponibles et les conventions annoncées dans les documents officiels. Initialement, les informations-clés recherchées étaient la date de la mise en vigueur de l'OCD, l'objet, la date prévue de la révision du contenu et le nombre de médecins signataires. Cependant cette grille initiale a dû être amendée largement puisque les OCD envoyées à l'étudiante-chercheuse empruntaient des formats et des conventions dissemblables. Ainsi, les observations sur les différences et les récurrences liées aux conventions, au format et des autres détails pertinents à explorer davantage dans le volet 2 ont été notées. Au final, les données ont été condensées dans un chiffrier Excel, puis les types d'OCD ont été saisis dans le logiciel de traitement de données quantitatives SPSS 17. Pour chaque GMF, les scores de délai d'implantation, de diversité, de portée clinique et le score total ont été calculés (voir détails ci-dessous) et contrevérifiés par une assistante de

admissibles des GMF ($N=193$, khi-carré= 19,339; $df=14$; 17 cellules (56,7 %) ont un effectif théorique <5 ; test de Fisher impossible à calculer sur SPSS à cause de mémoire insuffisante). Pour la classification du statut légal des GMF, aucune différence significative n'a été détectée lorsque ces taux sont établis sur la base de la population accessible des GMF ($N=221$, khi-carré=6,986; $p=0,072$; $df=3$; 2 cellules (25 %) ont un effectif théorique <5 ; test de Fisher $p=0,081$) et aucune différence significative n'a été détectée lorsque ces taux sont établis sur la base de la population admissible des GMF ($N=193$, khi-carré= 6,724; $p=0,081$; test de Fisher $p=0,092$). Finalement quant à la classification des sites des GMF, aucune différence significative n'a été détectée lorsque ces taux sont établis sur la base de la population accessible des GMF ($N=221$, khi-carré= 4,660; $p=0,884$; test de Fisher $p=0,890$) et aucune différence significative n'a été détectée lorsque ces taux sont établis sur la base de la population admissible des GMF ($N=193$, khi-carré= 6,486; $p=0,636$; test de Fisher $p=0,636$).

recherche. Dans le cas d'une divergence, une décision consensuelle a établi le score à conserver dans les analyses ultérieures.

Délai d'implantation : Afin d'établir la chronologie d'implantation pour chaque GMF, le délai d'implantation a été opérationnalisé en nombre de jours séparant la date d'accréditation du GMF, extraite de la liste officielle du MSSS, et la date d'entrée en vigueur inscrite sur l'OCD envoyée à l'étudiante-chercheuse ou la date la plus récente de la signature des médecins du GMF endossant l'OCD. Le nombre de jours calculés a été utilisé dans les analyses subséquentes. Si plusieurs OCD ont été envoyées par le même GMF, la date d'implantation utilisée était celle de l'OCD la moins récente.

Diversité : La diversité des OCD est un aspect du degré de la mise en œuvre. La diversité est la somme du type d'objets en vigueur dans un GMF. Ce score a été calculé après avoir fait l'extraction des données des OCD envoyées, il a été reconduit dans les analyses ultérieures.

Portée clinique : La portée clinique, une dimension du degré de mise en œuvre des OCD, est définie comme étant les effets directs sur la santé des patients lors de l'application de l'OCD, qu'ils soient désirables ou indésirables. Cet indicateur n'ayant pas été évoqué dans les écrits consultés sur les OC ou les GMF, une démarche de validation auprès d'experts a été menée. Trois experts cliniciens (un médecin, une infirmière clinicienne, une infirmière praticienne) ont donné leur avis sur la portée clinique d'objet spécifique d'OCD. En évaluant des objets d'OCD, par exemple, l'ajustement de l'insuline lente, les experts se sont prononcés (échelle Likert) sur la portée clinique de chaque objet potentiel en accordant un score de 0 (pas de portée clinique) à 10 (très grande portée clinique). Les experts se sont prononcés individuellement sur chaque objet. Advenant que des scores différents aient été accordés par les juges pour même objet, le score le plus faible a été retenu pour coter les OCD.

Score total : Le score total calculé pour chaque GMF est un score dérivé de deux autres indicateurs d'implantation des OCD. Il est le produit du score de diversité et de celui de la portée clinique attribué aux OCD implantées dans ce GMF.

3.3.5 Analyses des données intégrées

Les données du questionnaire et des OCD ont été traitées dans le logiciel de traitement de données quantitatives SPSS 17. Le faible taux de réponse et le petit nombre de GMF utilisateurs d'OCD ont commandé de réviser le plan d'analyse initialement prévu. Les analyses ont été conduites en plusieurs étapes avec la participation de trois statisticiens.

Comme le recommandent MacDonald, Newburn-Cook, Schopflocher et Richter (2009), lorsque confronté à un petit nombre de participants, il est judicieux de procéder à une comparaison du profil des GMF participants et des non-participants avant de déclarer que la validité externe est compromise. Effectuer des comparaisons sur une ou quelques variables cruciales permet de se prononcer favorablement sur la validité externe lorsque l'équivalence de la distribution des caractéristiques de la population et celle de participants est confirmée. Ici les données disponibles ont permis des comparaisons selon la région, le nombre de site, le statut légal et la date d'accréditation des GMF. Cette dernière variable a été jugée cruciale puisque le phénomène de l'implantation d'innovation est intimement lié à la temporalité (Weberg, 2009).

Par la suite, les réponses du questionnaire ont été décrites à l'aide de médianes, moyennes, de modes, de fréquences et de proportions. Comme la majorité des réponses aux questions sont de nature ordinale, les médianes et les interquartiles ont été employés de façon générale pour effectuer les analyses subséquentes. Néanmoins, l'attribution de moyennes aux données ordinales a aussi été effectuée, tel que recommandé (Sue et Ritter, 2011). Celles-ci ont servi pour certaines analyses descriptives et de comparaison. Le seuil de risque d'erreur a été fixé à 5 % (IC 95 %). Au sujet de l'inventaire du climat d'équipe (TCI), une analyse en composante principale a été conduite pour l'ensemble des GMF. En raison des corrélations très élevées ($r=0,91$) entre l'ensemble des items TCI, il a été jugé préférable de calculer le score total du TCI et de l'utiliser dans les analyses subséquentes.

En raison du nombre limité de participants, du taux de réponse différencié selon le statut légal et l'importance de ce facteur selon la recension (Beaulieu et al., 2006), les analyses initiales ont été faites en tenant compte du statut légal sur les indicateurs du degré de mise en œuvre. D'abord, un test de survie (Kaplan-Meier) a été conduit pour comparer le délai

d'implantation de la 1^{re} OCD pour les GMF privés et publics. L'absence de différence significative a permis de poursuivre les analyses corrélationnelles en regroupant l'ensemble des GMF. Un tableau croisé de caractéristiques des GMF démontrant un coefficient de corrélation significatif ($p \leq 0,05$) avec soit le délai d'implantation ou le score total d'OCD a été élaboré. Par la suite, les données descriptives de certaines caractéristiques des GMF (taille, type de gouvernance, accessibilité, climat d'équipe, autonomie de référence pratiquée par l'infirmière, appartenance à la communauté de pratique des infirmières en GMF, degré de mise en œuvre des OCD) ont été comparées selon le statut légal du GMF (privé versus public/mixte). En raison de la non-normalité des distributions, pour comparer ces indicateurs selon le statut légal, des tests non paramétriques ont été effectués. En suite une seconde analyse des données, inspirée d'une publication de Guilbert et al. (2013, 2014) identifiée au fil du mouvement d'aller-retour entre l'avancement de la recherche et la consultation des écrits. Cette analyse a distingué les GMF selon leur date d'accréditation en délimitant les trois vagues d'implantation telles que précisées par Guilbert et al. (2013, 2014).

À la fin de ces cycles d'analyse, les GMF ont été placés sur une matrice en fonction de la diversité et de la portée clinique de leurs OCD, en précisant leur statut et leur vague d'accréditation, pour mettre en valeur les GMF dits « champions ». La sélection du GMF pour le volet 2 s'en est suivie.

3.4 Volet 2 : Étude de cas unique

Le volet 2 de l'étude tente de répondre aux questions suivantes : Comment le processus d'implantation des OCD est-il associé au déploiement de la CI dans les GMF? Quelles en sont les retombées observées par (a) les professionnels impliqués dans les GMF (b) par les patients adultes diabétiques de type 2 bénéficiant qu'un suivi intégrant des OCD? Ainsi il s'emploie à détailler le contexte d'implantation des OCD, puis à cerner les retombées sur les pratiques professionnelles et l'expérience de la personne atteinte du diabète dans le GMF champion. Distinguons bien ici la question qui anime l'étudiante-chercheuse, la présente étude ne cherche pas à vérifier la fréquence d'utilisation de la « composante » OCD dans les soins offerts en GMF, cela exigerait une tout autre démarche. La question d'intérêt de cette étude est plutôt comment le GMF s'est approprié le nouveau dispositif

que sont les OCD, si cette appropriation a modifié la façon de collaborer pour dispenser les soins aux personnes diabétiques de type 2, et finalement, comment cela influence l'expérience de personnes diabétiques de type 2 et celle des professionnels de la santé du GMF?

3.4.1 Choix du cas

Comme pour le volet 1, l'unité d'intérêt est le GMF comme organisation. En ce sens, le cas est une entité identifiable où se déroulent des activités professionnelles observables au sein d'une équipe auprès d'une clientèle bien définie à un moment donné. Plusieurs façons de faire la sélection du cas sont possibles (Guba et Lincoln, 1989; Miles et Huberman, 2003). Le cas orienté respectant des critères énoncés d'avance ou alors le cas choisi par convenance. Le premier confère une plus grande la crédibilité au cas alors que le second épargne du temps, de l'argent et de l'effort mais au détriment de la qualité de l'information et de la crédibilité » (Miles et Huberman, 2003). Ainsi pour combiner rigueur et pragmatisme, la sélection du cas s'est effectuée par étapes. Trois critères d'admissibilité préétablis pour sélectionner le cas: a) être reconnu comme un GMF « champion » en fonction du degré de mise en oeuvre de ses OCD (scores élevés de diversité et de portée clinique comparativement aux autres GMF); b) avoir obtenu le consentement du médecin responsable du GMF pour participer au volet 2 et c) avoir obtenu l'approbation générale des membres de l'équipe du GMF lorsque sollicités par le médecin responsable. Parmi ceux rencontrant les deux premiers critères (a et b) et correspondant à des considérations pratiques (accessibilité physique et temporelle) ont été approchés et le médecin responsable a été encouragé à recueillir puis retransmettre l'avis général (c) à l'étudiante-chercheuse. Parmi les dix GMF reconnus comme « champions », huit d'entre eux étaient des GMF privés dont trois avaient déjà accepté, selon le coupon-réponse du volet 1, d'être approchés pour participer au volet 2. Le premier GMF privé approché s'est porté volontaire.

3.4.2 Recrutement du cas

À la lumière des délais dans les ententes avec les comités éthiques au volet 1, il a été délibérément choisi de contacter en premier lieu les GMF privés. Une première approche, en juin 2012, auprès d'un GMF privé satisfaisant tous les critères cités précédemment, a

eu lieu en sollicitant le médecin gestionnaire par téléphone. Une première rencontre d'information avec des documents explicatifs (annexe 14) fut organisée avec la médecin responsable et l'infirmière répondante au questionnaire du volet 1. À l'issue de la rencontre, celles-ci devaient vérifier l'intérêt des membres de l'équipe pour s'investir dans ce projet de recherche. Rapidement, leur participation a été confirmée. L'infirmière et la médecin rencontrées ont été désignées comme informatrices-clés. Il a été convenu qu'en guise de remerciements à l'endroit de l'ensemble des membres du GMF, une présentation sur les résultats de l'étude de cas accompagnée d'un repas serait organisée en fin de projet. Par la suite, les démarches éthiques ont été effectuées auprès des instances concernées.

3.4.2.1 Recrutement des participants du GMF-cas

Les participants sont les membres de l'équipe GMF (médecins, infirmières bachelières, infirmières auxiliaires, commis, agente administrative) ainsi que des patients bénéficiant d'un suivi diabétique avec les infirmières cliniciennes et un médecin du GMF. Le recrutement et la collecte des données ont commencé auprès des informatrices-clés, puis auprès des membres de l'équipe GMF et, une fois l'analyse préliminaire de cette première phase bien entamée, les patients ont été approchés. La prochaine section présente les démarches de recrutement auprès des membres de l'équipe GMF, suivies de celles faites auprès des patients.

3.4.2.2 Membres de l'équipe GMF-cas

Le recrutement des membres de l'équipe GMF a été effectué de façon à perturber le moins possible leurs activités régulières. Le tableau 2 fait état du nombre des membres de l'équipe GMF-cas selon le titre d'emploi et de leurs caractéristiques (inscrit, admissible et participant). D'abord, l'infirmière informatrice-clé a été désignée pour faciliter l'accès à la documentation et les contacts avec les membres de l'équipe. Elle a remis à l'étudiante-chercheuse, une liste de noms des membres de l'équipe avec leur titre en précisant leur ancienneté et leur implication dans l'implantation des OCD. Les personnes sollicitées devaient satisfaire aux critères d'inclusion suivants : les médecins et les infirmières devaient travailler depuis au moins 2 années au GMF à raison d'au moins 14 heures/semaine; les commis ou l'agente administrative, à raison d'au moins 14

heures/semaine et être assigné aux tâches associées au travail des infirmières cliniciennes ou des médecins de famille.

Tableau 2 - Titre d'emploi, statut d'admissibilité et participation des membres du GMF-cas

Caractéristiques			
Titre d'emploi	Inscrit sur liste du GMF (n)	Admissible (n)	Participant (n)
Agente administrative	1	1	1
Commis	14 ^a	7	5
Infirmière praticienne	1	0	
Infirmière clinicienne GMF	2	2	2
Infirmière auxiliaire GMF	2	1	1
Infirmière Clinique réseau et sans rendez-vous	2	2	1
Médecin de famille	24 (23) ^b	15(14)	8

Note. Incluant les commis dédiés aux médecins spécialistes qui louent des locaux, ^a certains sont en absences prolongées, congés de maternité, horaire variable; ^b Un médecin du GMF est décédé en décembre 2012, au début de la collecte ce qui a impliqué une répartition des patients parmi les Md.

Les invitations à participer ont été faites en personne, en présence de l'informatrice-clé ou via des documents déposés dans le pigeonier des personnes admissibles en date du 20 novembre 2011. L'enveloppe d'invitation contenait des documents explicatifs de la démarche, deux copies du formulaire de consentement pour leur participation individuelle et une enveloppe de retour à déposer dans un dossier placé dans un lieu accessible à tous. À titre de compensation, les personnes participantes à l'entrevue individuelle ont reçu 25 \$ de certificat pour un achat en librairie, située près du GMF. Les personnes désireuses que leurs interactions dans les aires publiques ne soient pas prises en compte pour l'étude étaient invitées à en aviser l'étudiante-chercheuse (annexe 15).

3.4.2.3 *Personnes atteintes du diabète*

Critères d'inclusion

La perspective des personnes atteintes du diabète de type 2 a été sollicitée pour mieux comprendre les retombées des OCD. Les critères d'inclusion des personnes atteintes du diabète ont été les suivants : avoir bénéficié d'un suivi conjoint de plus de 6 mois au GMF, être capable de s'exprimer dans un français de niveau fonctionnel et avoir un profil contrastant avec les autres patients recrutés. Au moment de l'étude, selon un relevé des dossiers électroniques effectué par l'informatrice-clé, 155 patients avaient bénéficié dans les deux dernières années d'un suivi conjoint infirmière-médecin concernant le diabète. Il a été préféré d'approcher d'abord les patients actuellement en suivi conjoint pour limiter le biais de rappel.

Recrutement progressif

Le recrutement s'est fait progressivement pour assurer la diversité en termes de genre (féminin ou masculin), de traitement médical pour le diabète (insulinothérapie ou hypoglycémifiants oraux) et de professionnels du GMF offrant le suivi (infirmière et les médecins principalement en contact avec cette personne), tel que recommandé (Ivankova, 2013).

Selon cette orientation, les participants potentiels ont été repérés par les deux infirmières qui offraient un suivi aux personnes ayant le diabète. Elles les informaient sommairement, puis elles s'assuraient que les patients étaient d'accord pour être contactés par l'étudiante-chercheuse. Cette dernière initiait un bref contact téléphonique pour présenter les conditions de participation et répondre aux questions. Le consentement oral des participants accordé, une rencontre au lieu et au moment de leur convenance a été planifiée. Lors de celle-ci, un formulaire de consentement annonçant deux entrevues a été signé. Il indiquait, entre autres, que les patients pouvaient mettre un terme à leur participation sans explication ou préjudice et qu'ils recevaient, en guise de dédommagement, pour chaque entrevue individuelle, un bon d'achat de 20 \$ permettant un achat en librairie située près du GMF et le remboursement des frais de déplacement, le cas échéant. Lors d'un contact avec l'étudiante-chercheuse, une seule patiente préalablement identifiée a refusé de

participer, acceptant cependant que sa verbalisation spontanée pour décliner l'invitation soit rapportée. Elle expliquait son refus de participer par le fait « *d'être trop en colère après mon diabète pour vouloir en discuter en plus* ». À l'avis de l'étudiante-chercheuse, cet événement souligne la pertinence de prendre en compte l'expérience des patients et de leurs interactions avec les professionnels lors d'un suivi conjoint avec des OCD.

3.4.3 Collecte de données

3.4.3.1 Vue d'ensemble de la collecte

Le volet 2 permet de décrire en détail le contexte d'implantation, l'implantation des OCD et les retombées du cas sélectionné selon les variables et les indicateurs à l'étude mentionnés dans l'annexe 7. L'étude de cas peut impliquer des méthodes de collecte de données quantitatives et qualitatives (Creswell, 2007). Ici, plusieurs stratégies de collecte sont mises à profit (analyse de documents, observation non participante, questionnaire, grilles d'appréciation et entrevues semi-dirigées). La première visite au GMF-cas, post-recrutement, s'est effectuée en date du 20 novembre 2012. La dernière visite, ayant comme objectif la diffusion des résultats aux membres de l'équipe du GMF pour recueillir leurs commentaires sur les analyses, s'est tenue le 7 mai 2015.

La collecte et l'analyse de documents sont pertinentes pour reconstituer une chronologie des événements survenus au sein d'une organisation et cerner les processus organisationnels. La collecte de documents a l'avantage d'être non intrusive (Teddle et Tashakkori, 2009) et peut aussi alimenter la triangulation des données si elle est combinée à une autre méthode de collecte de données (Creswell, 2014). L'observation non participante permet de recueillir des renseignements sur les interactions entre les personnes et l'utilisation de l'espace. Les entrevues auprès de différentes personnes permettent de recueillir des perspectives sur un même phénomène. Elles peuvent aussi fournir des réponses aux questions soulevées par d'autres stratégies de collecte. L'attribution du rôle d'informateur-clé peut faciliter la navigation dans une organisation, l'accès aux documents et aux personnes ciblées (Creswell, 2014). Tous les participants n'ont pas contribué à chacune des stratégies de collecte de données, c'est l'ensemble des données recueillies qui a contribué à cerner le cas sous l'angle des variables d'intérêt. L'étudiante-chercheuse a

mené toutes les étapes de la collecte et de l'analyse des données assurant ainsi l'uniformité de la démarche.

Les deux informatrices-clés ont été rapides à répondre aux demandes de l'étudiante-chercheuse. Elles ont été aussi sollicitées à quelques reprises pour valider les produits de l'analyse. Comme le recommandent Miles et Huberman (2003), la collecte et l'analyse ont été effectuées en se chevauchant et en s'alimentant de la mi-novembre 2012 à octobre 2013. Pour chaque activité de collecte, des notes terrain ont été saisies librement, synthétisées dans une fiche d'activité (annexe 16), puis codées avec l'ensemble des données. Des entrevues de validation ont eu lieu avec les deux informatrices-clés séparément à différents moments.

Les prochaines sections vont présenter chacune des stratégies de collecte utilisées, le processus d'analyse puis d'intégration aboutissant à un schéma et à une scène narrative. Le schéma explicite les retombées des OCD dans le cadre du suivi conjoint (pratiques professionnelles, interactions et autogestion). La scène narrative au sens de Merryfield (1990, cité dans Miles et Huberman, 2003), laquelle « présente des résultats dégagés et vérifiés auprès de participants et audités par un tiers ... sans reprendre les mots utilisés par les participants ». Elle cherche à communiquer les phénomènes clés. Sa richesse contextuelle met en relief une dimension incarnée des résultats. La figure 4 schématise les démarches de collecte, d'analyse et le produit pour les construits contexte et implantation; la figure 5 complète la précédente avec les retombées des OCD. Les figures 4 et 5 précisent si les résultats sont présentés dans l'article 1 ou 2 de la thèse.

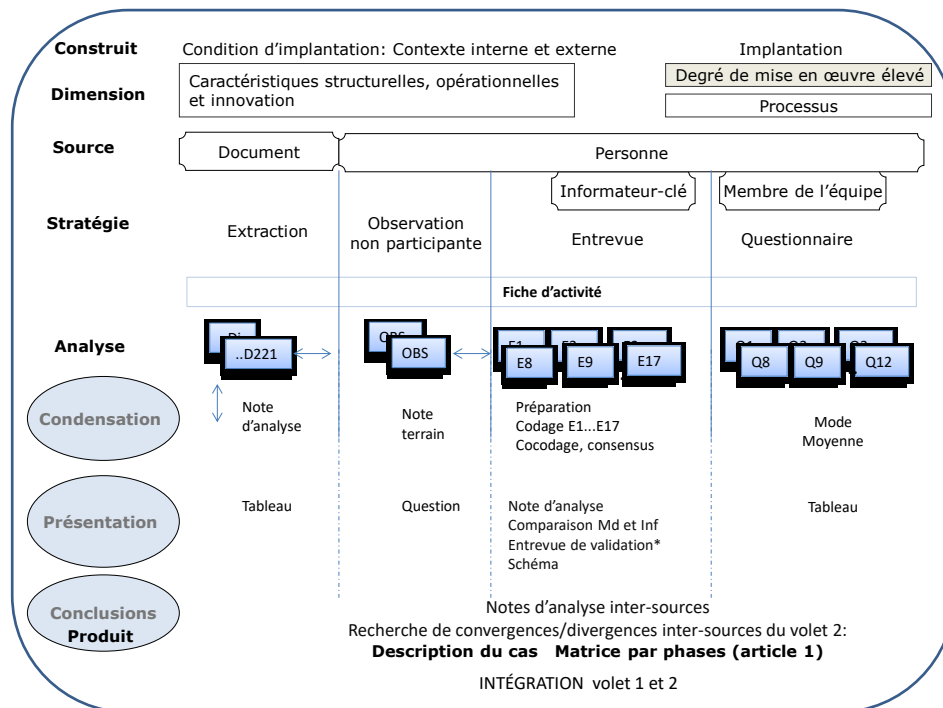


Figure 4. Schématisation de la méthode du volet 2 (partie 1)

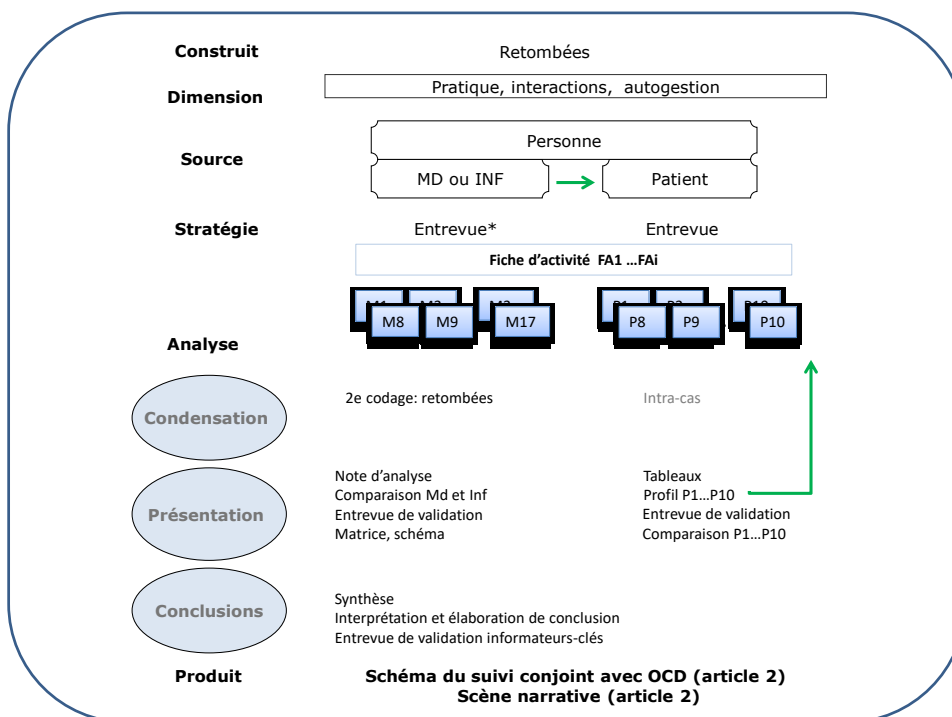


Figure 5. Schématisation de la méthode du volet 2 (partie 2)

3.4.3.2 Collecte des documents

Dès la première semaine sur le terrain, l'infirmière informatrice-clé a transmis des fichiers électroniques de documents en circulation de 2006 à 2012. Plus tardivement, dans le processus d'analyse, à la demande de l'étudiante-chercheuse, d'autres documents ont été fournis. Un total de 221 documents a été transmis. Principalement constitués d'OC, de protocoles, d'ordres du jour, de comptes-rendus et de communications internes, destinées au ou provenant du CSSS, les documents ont été transmis par fichier électronique.

3.4.3.3 Observation non participante

La CI étant l'objet central de l'étude, il est pertinent d'observer les interactions entre les membres du GMF et entre ces derniers avec la clientèle. Cela renseigne sur les liens entre ces personnes, les mécanismes de coordination des soins, le partage de l'information de nature clinique et administrative, les partenariats avec les acteurs du mesosystème, l'accessibilité et l'utilisation des ressources par la clientèle. L'acceptabilité et la faisabilité de cette stratégie de collecte s'est précisée lors de l'immersion dans le milieu grâce au respect du fonctionnement du GMF et à la réceptivité des individus.

À l'invitation du médecin gestionnaire, il a été possible de participer à deux activités de groupe prévu au calendrier avec régularité. La première activité, en date du 22 novembre 2012, a été un dîner mensuel de formation continue regroupant principalement les infirmières (n=3) et les médecins du GMF (n=14). À la fin de la présentation, les participants ont été avisés du lancement de l'étude et encouragés à participer à titre individuel.

Dans les jours suivants, l'étudiante-chercheuse, par une immersion progressive dans le site et une présence discrète, a tenté de perturber le moins possible le déroulement des interactions sociales entre les membres de l'équipe et la clientèle. Les périodes d'observation non participante ont totalisé 15 heures. Des périodes d'observations de 75 minutes étaient prévues à différents moments (matinée, après-midi, début de soirée), exceptionnellement une séance d'observation a duré près de 180 min. Ces périodes d'observations se sont principalement déroulées entre le 22 novembre et le 24 janvier 2013, d'autres plus courtes se sont ajoutées spontanément, soit avant ou après des entrevues

individuelles auprès de membres du GMF. L'observation s'est concentrée principalement sur les interactions entre les membres de l'équipe et entre ceux-ci et la clientèle au poste d'accueil central ou dans les aires adjacentes.

À nouveau, à l'initiative d'une informatrice-clé, l'étudiante-chercheuse a pu participer à un dîner organisé par une compagnie pharmaceutique avec le comité pour le suivi du diabète. En raison du consentement oral des participants, la rencontre a pu être enregistrée et analysée. Une des trois représentantes pharmaceutiques présentes a été, par la suite, contactée pour procéder à une entrevue individuelle non prévue initialement dans le protocole, mais jugée fort pertinente pour décrire les liens entre le GMF et un acteur du contexte externe. Le consentement oral a été recueilli, les propos ont été notés et pris en compte dans l'analyse thématique ultérieure.

3.4.3.4 Entrevues individuelles avec les membres de l'équipe GMF-cas

L'entrevue a été privilégiée comme méthode de collecte de données, car elle permet d'avoir accès à la perspective individuelle d'un phénomène collectif. La grille COREQ a été utilisée pour planifier la démarche et la décrire selon les bonnes pratiques³ (Tong, Sainsbury et Craig, 2007). Des entrevues individuelles semi-dirigées ont été menées auprès de tous les membres de l'équipe s'étant avancés comme volontaires (n=17). Certains membres ont participé à plus d'une rencontre, principalement les infirmières cliniciennes et le médecin gestionnaire. Au moyen d'entrevue, il s'agissait de recueillir leurs expériences à l'égard de la CI, du climat, du processus d'implantation et d'utilisation des OCD et des autres innovations implantées dans le GMF. Les entrevues ont été planifiées pour s'assurer d'aborder des thèmes communs chez tous les sujets et comportaient des questions ouvertes. Un guide général d'entrevue a été élaboré. Toutefois quelques questions spécifiques ont été adressées à certains membres de l'équipe en particulier, en raison de leur rôle au sein de l'équipe (annexe 17, 18, 19, 20). Néanmoins, au-delà de cette structure qui orientait le déroulement des entrevues, le dialogue était le principal « guide »

³ Les renseignements permettant d'évaluer la présente démarche selon les critères de la grille COREQ sont inclus soit le présent chapitre ou soit dans l'article en anglais ou celui en français, lesquels constituent le chapitre 4.

des entretiens pour permettre l'émergence d'éléments non anticipés par la recension des écrits (Seidman, 2006). Les entrevues des membres de l'équipe ont eu cours dans un local libre du GMF, selon les disponibilités des volontaires. La durée moyenne des entrevues avec les membres de l'équipe a été de 45 minutes.

L'entrevue auprès de la réceptionniste la plus expérimentée s'est jumelée à une démonstration des systèmes informatiques pour la prise de rendez-vous, les horaires individualisés et la gestion des laboratoires. Lors d'une des entrevues avec chacune des informatrices-clés, il a été permis d'explorer le système interne électronique de gestion d'horaire par les professionnels, de notes au dossier, de partage de données cliniques, des listes de médicaments, d'impression des prescriptions et de messagerie interne. Ces observations ont permis de se prononcer sur des éléments du contexte interne tel que l'infrastructure d'information liée à la CI, les mécanismes de coordination des soins et les autres facteurs associés à la prédisposition aux innovations.

En fin de collecte, lors d'une entrevue individuelle auprès des deux informatrices-clés, celles ont lu, rempli et commenté la grille typologique de la collaboration (D'Amour et al., 2003) et l'International Family Practice Maturity Matrix (version 2) (Elwyn, 2004). Ces documents sont en soi des matrices qui présentent les caractéristiques d'une organisation en soins de santé. Cela a permis des échanges ciblés avec les informatrices-clés et de procéder à la validation de certaines conclusions de l'étudiante-chercheuse à l'égard du contexte interne.

3.4.3.5 Questionnaire pour les membres de l'équipe GMF-cas

Le questionnaire (annexe 21) a été distribué lors des entrevues individuelles avec une enveloppe de retour, pour qu'il soit déposé, une fois remplie dans une chemise au poste d'accueil puis relevé par l'étudiante-chercheuse lors de son prochain passage. Ce questionnaire de 36 questions dont 28 sont identiques au questionnaire du volet 1 dont l'Inventaire du climat d'équipe décrit préalablement. Les huit questions ajoutées concernent la collaboration au sein de l'équipe. Elles proviennent d'un questionnaire avec une validité apparente en fonction des cadres références pour le développement des compétences en matière de collaboration. Un code était préinscrit sur le questionnaire remis

à l'entrevue. Aucun registre des codes n'a été tenu, car le code servait qu'à distinguer les questionnaires recueillis lors de la saisie. Au total, douze ont été recueillis sans relance particulière.

3.4.3.6 Entrevues avec les patients

Des entrevues individuelles semi-dirigées ont été menées auprès des patients volontaires. Il s'agissait de recueillir leur expérience à l'égard du suivi conjoint offert par les membres de l'équipe du GMF permettant d'apprécier les retombées des OCD sous l'angle des interactions patients-professionnels (modalités et contenu des interactions dans la triade) et l'autogestion (prise de décision et gestes posés). La trame de fond des entrevues s'établit sur les dimensions de l'autogestion (Lorig et al., 1999) reconnue comme déterminante dans l'expérience des patients ayant une maladie chronique. Le guide général d'entrevue est présenté en annexe 22. Encore une fois, rappelons que le dialogue était le principal « guide » des entretiens pour permettre l'exploration et le partage aisés de l'expérience des personnes (Seidman, 2006). Les entrevues avec les personnes atteintes du diabète ont été réalisées après que celles des membres de l'équipe aient été débütées.

La majorité des entrevues a eu cours au domicile des personnes (n= 8/10), les autres sur leur lieu de travail, en solo (n=8/10) ou accompagnées du conjoint. D'une durée moyenne de 75 minutes, elles ont toutes ont été enregistrées. Les analyses des trois premières entrevues ont été effectuées avant de procéder aux entrevues suivantes. Des entrevues de validation ont eu lieu (n=6/10), la plupart au même lieu de rencontre que la première entrevue et deux au téléphone.

3.4.4 Traitement et analyse des données de l'étude de cas

Le défi reconnu des études de cas est le volume des données brutes et leur gestion efficace (Miles et Huberman, 2003). L'approche préconisée pour faciliter la conservation et la gestion de différents formats de données (enregistrement audio, écrit) a été l'emploi d'un logiciel, soit NVivo 9, puis 10 (Burlington, MA). Comme l'analyse qualitative est une « entreprise continue et itérative » (Miles et Huberman, 2003, p. 31), si certains produits de condensation et de présentation des données en format Word, PPT ou papier ont été archivés dans des fichiers parallèles, la grande majorité des écrits et certaines bandes audio

a été archivée dans NVivo. Ces documents ont été classés par source (interne ou externe), par stratégie de collecte, par type de documents ou par répondant. Cela a donné la possibilité d'interroger les contenus et de les (re)classer selon plus d'un angle.

La présente section résume comment les flux de collecte de données, de condensation, de présentation et d'élaboration/vérification des conclusions ont été interconnectés (Miles et Huberman, 2003). L'analyse des données du volet 2 a été conduite d'abord de manière indépendante selon la stratégie de collecte. Amorcée en premier, l'analyse documentaire a permis d'établir une chronologie des événements liés à l'existence du GMF en minimisant le biais de rappel et le biais de désirabilité sociale (Fortin et Gagnon, 2016). Ont suivies, l'analyse des entrevues et les observations. Les codes utilisés pour l'analyse thématique étaient soit des mots exacts d'un participant, soit des mots issus de la réflexion de l'étudiante-chercheuse ou d'une notion incluse dans le modèle intégrateur, tel que le recommandent Miles et Huberman (2003). Au fil des flux d'analyse, les similarités et les divergences, les relations et les séquences chronologiques ont été relevées pour mener une intégration graduelle du matériel dans son ensemble (Miles et Huberman, 2003; Yin, 2009). Ci-dessous, des exemples illustreront comment le flux d'analyse a été alimenté. En somme, de multiples allers et retours entre les données, les notes, les discussions avec les directeurs et la littérature, ont été effectués pendant l'analyse des données de l'étude de cas. Des mémos axés sur la méthode ont été rédigés directement dans NVivo lors du codage des données du volet 2. Des modèles intermédiaires ont été élaborés et raffinés. Une rencontre de validation des résultats intermédiaires avec l'infirmière informatrice-clé a eu lieu le 7 juin 2013, suivie d'une validation des résultats finaux auprès de l'équipe GMF lors d'une rencontre de groupe.

3.4.4.1 Documents

Les 221 documents classés par catégorie et par année ont été lus attentivement pour identifier les acteurs et leurs contributions générales. Une attention a été portée aux éléments saillants de leur format. Dans la perspective de décrire le contexte interne et externe du GMF, les informations jugées pertinentes ont été extraites. Des notes de lecture produites librement (condensation) et des tableaux sommaires ont été produits (présentation). Cela a suscité des questions. Celles-ci ont relancé la lecture plus ciblée des

mêmes documents et suggéré des questions à poser aux informatrices-clés. Selon les notes de lecture (condensation), le nombre de fois que les OCD ont été traitées comme sujet lors des réunions a été comptabilisé et le rang de discussion dans l'ordre du jour a été relevé, puis ces informations ont été résumées dans un tableau (présentation). Cela a généré la conclusion préliminaire d'une priorité accordée aux OC dans le fonctionnement du GMF (élaboration d'une conclusion).

3.4.4.2 Entrevues des membres de l'équipe du GMF

Les actions suivantes ont été posées avec régularité : rédiger des notes terrain en format libre à chaud; rédiger des fiches d'activités post entrevues incluant la recherche d'éléments contraires (condensation); migrer le matériel audio ou transcrit sur NVivo; découper les propos en unités de sens; coder selon les thèmes du cadre conceptuel (codage axial); identifier des « perles » au sens d'une expression-clé énoncée par un répondant ou un événement marquant au fur et à mesure du codage; imprimer des rapports par nœuds; valider par une codification inversée effectuée par une assistante de recherche; noter et discuter des discordances ainsi que recoder au besoin.

Les trois premières entrevues ont été lues de façon approfondie, puis codées en des thèmes initiaux par au moins deux personnes, ensuite discutées avec les directrices de thèse. Celles des autres membres de l'équipe du GMF ont suivi, toujours avec un effort de condensation de la dernière entrevue, avant d'en effectuer une suivante.

L'analyse des données d'entrevues a été effectuée selon une méthode inspirée de celle de Burnard (1991) qui, pour être valide, mise sur plusieurs étapes, dont l'immersion, la comparaison et le contraste des segments, les retours fréquents aux données brutes, au codage par plus d'une personne et la rédaction au sujet du processus d'analyse. Le traitement de données des cinq premières entrevues a été mené de façon serrée pour bien clarifier le processus de codage. Une fois maîtrisé, il s'est vu accéléré, amputé de la transcription complète des verbatim, pour privilégier le codage direct à partir de la bande audio directement versée dans le logiciel NVivo et accompagnée de la transcription du verbatim des segments isolés. Ainsi cinq entrevues (dont celles des deux informatrices-clés, la seconde infirmière clinicienne, un médecin très engagé dans l'élaboration des OCD

et une ressource externe associée de très près au processus d'implantation) ont été transcrites dans leur intégralité sous format de dialogue avec le logiciel Word (collecte). Les trois premières ont été lues et réduites avec des notes en marge (condensation) par au moins deux juges qui ont attribué des codes parmi ceux préétablis ou suggérés un nouveau code (codification). Cette façon de procéder a permis de cerner les difficultés de codage et clarifier les concepts ambigus par des discussions entre les directrices et l'étudiante-chercheuse. Ces transcriptions ont été versées dans le logiciel NVivo et leur codage final y a été effectué.

Tel que planifié, le premier angle d'analyse a mis en valeur le contexte et le processus d'implantation des OCD. Ainsi l'analyse thématique des documents et des entrevues des membres de l'équipe s'est appuyée d'emblée fortement sur les dimensions du modèle intégrateur (CI, caractéristiques du produit, liens avec les acteurs du contexte externe, autres facteurs contribuant à la réceptivité aux OCD et le processus d'implantation). Le second angle d'analyse a cherché à cerner davantage les retombées sur l'évolution des pratiques professionnelles, les interactions patient-professionnels lors du suivi conjoint et l'autogestion. Puis à la lumière de l'analyse des entrevues des patients, ces données brutes ont été revisitées une seconde fois.

3.4.4.3 Questionnaire

En raison du petit nombre de participants, les réponses du questionnaire ont été saisies dans un chiffrier Excel, puis décrites à l'aide de médianes, moyennes, de modes, de fréquences et de proportions. Comme la majorité des réponses aux questions sont de nature ordinale, les médianes et les interquartiles ont été employés. Un tableau synthèse a été produit. Aucune analyse relationnelle ou comparative n'a été menée.

3.4.4.4 Entrevues des personnes atteintes du diabète

Dès la collecte, le chercheur est engagé dans l'analyse des données (Miles et Huberman, 2003). En fait, en pratiquant l'écoute active et en s'efforçant de traduire les propos sur l'expérience par des analogies ou des images, l'étudiante-chercheuse amorçait déjà le travail de la condensation et de validation auprès de l'interviewé. Néanmoins, un travail plus distancié s'est aussi effectué selon la méthode inspirée de Burnard (1991). Huit des

dix entrevues auprès des personnes atteintes du diabète ont été retranscrites dans leur intégralité et versées dans le logiciel NVivo, les deux autres ont été transcrites partiellement en ne s'attardant qu'aux segments audio sélectionnés. L'analyse a débuté dans une perspective individuelle (analyse verticale), puis s'est poursuivie avec des comparaisons intersujets (analyse horizontale) (Gavard-Perret, Gotteland, Haon et Jolibert, 2008).

Voici un exemple pour détailler les flux d'analyse associés à cette portion. En plus des étapes décrites précédemment (notes de terrain à chaud, fiche d'activité, parfois la réécoute de l'entrevue, transcription, note en marge, codage), un tableau synthèse des profils des patients a été élaboré (condensation). En fait, le tableau servant au recrutement pour s'assurer d'une diversité de profil (genre, traitement, professionnels impliqués dans le suivi) s'est vu enrichi par des allers-retours entre les analyses, les données brutes, le recrutement et la collecte. Au final, il décrit chaque personne atteinte de diabète avec de nombreuses caractéristiques (genre, traitement, mobilité, occupation, présence d'autres personnes diabétiques dans l'entourage, niveau de littératie en santé, soutien social, motivation verbalisée, visée à court terme verbalisée, défis actuels, plan de traitement actuel, fréquence d'offre de suivi, accès à l'infirmière lors d'un incident, satisfaction verbalisée et ressources actives dans le suivi actuel; besoins pressentis par l'infirmière et par l'étudiante-chercheuse, appréciation de la congruence entre ceux-ci et ressources offertes et celles à envisager), attestant que la clientèle et les expériences de soins en suivi conjoint sont diversifiées. Un résumé (environ une page pour chaque patient) a été élaboré, présenté aux directrices, commenté, modifié et soumis à la personne concernée pour recueillir ses commentaires et les intégrer à la version finale. Ce produit (présentation), un résumé narratif contenant les mots de l'informant pour décrire son expérience, est qualifié de « profil » selon Seidman, cité par Miles et Huberman (2003, p. 158).

3.4.4.5 Intégration des données du cas

Des matrices descriptives et interprétatives telles des lignes de temps, des tableaux des éléments favorables et défavorables ainsi que des matrices dynamiques ont été élaborés et discutés (Miles et Huberman, 2003). Des schémas préliminaires ont été produits pour ensuite aboutir à deux schémas; celui sur le processus de déploiement de la CI et l'implantation des OCD en GMF (article 1) et celui sur les retombées du suivi conjoint

(article 2) lequel est jumelé à une scène narrative comme produit de l'intégration des données.

3.5 Validité de la méta-inférence du devis séquentiel explicatif

Cette étude mise sur un dispositif de recherche mixte de type séquentiel explicatif. En plus des démarches présentées pour répondre aux enjeux de qualité et de validité des méthodes distinctes que sont l'enquête et l'étude de cas, il est nécessaire de préciser comment, tout au long de l'étude, les enjeux de mixité des méthodes ont été considérés⁴. C'est en cela que tient la validité de la méta-inférence, résultat de la combinaison des inférences des méthodes qualitative et quantitative. Les critères de qualité soient la pertinence, la reproductibilité, la crédibilité, la pertinence et la transférabilité sont applicables à de tels devis (Bryman, 2008; Leech, Dellinger, Brannagan et Tanaka, 2010). Les stratégies pour satisfaire à ces critères de rigueur s'appliquent dès la phase de conception du devis en appliquant les principes de cohérence, de planification, de transparence et de chaîne de preuve (Bourgault, Gallagher, Michaud et Saint-Cyr-Tribble, 2010; Pluye, Nadeau, et al., 2009) en annonçant dès le départ la perspective pragmatique de l'étudiante-chercheuse.

Ainsi les orientations formulées à la suite d'une recension des écrits portant sur les concepts généraux (innovation et CI) et spécifique (DA) ont justifié la pertinence de mener une étude avec un devis mixte pour l'avancement de connaissances en mettant à profit un contexte historique unique. La cohérence a été cultivée par le travail de conception du modèle intégrateur (figure 1) à partir d'un modèle et d'un cadre théorique, lesquels sont eux-mêmes le fruit de démarches approfondies et tous les deux pertinents aux construits ciblés. Puis, l'opérationnalisation du modèle intégrateur (annexe 7) a structuré les deux volets de façon intégrée, puis a guidé la planification de l'étude. Les liens entre les deux volets ont été clairement explicités au niveau des construits, des variables, des méthodes de collectes et d'analyse des données ainsi que la sélection des participants en élaborant des schémas illustrant ceux-ci (figure 2, 3, 4 et 5). Cela permet d'apprécier la qualité du devis pour répondre aux questions soulevées (Leech et al., 2010).

⁴ Ces enjeux seront discutés dans l'article 1 et à la fin de la thèse.

Afin de conférer la reproductibilité et la crédibilité souhaitées, pour chaque volet, le profil des participants, les étapes de collecte de données et le traitement (dont la triangulation et retour aux participants) ont été précisés séparément (volet 1 : section 3.3; volet 2 : section 3.4). La constance dans le traitement des données a pu prendre appui sur le fait qu'une personne ait codifié l'ensemble du matériel. À cela s'ajoute la présentation des étapes du processus d'intégration des données (section 3.4.4.5; article 2). La réflexion tant sur la démarche que sur les résultats a été alimentée par la discussion avec les directrices, la préparation de trois séminaires en lien avec la thèse et la tenue d'un journal de bord (Baribeau, 2005) par l'étudiante-chercheuse. Ce dernier n'a pas été traité comme une source de données en soi, mais comme aide-mémoire des réflexions libres sur les difficultés, les lectures pertinentes, les étonnements et les actions à poser pour faire cheminer sa compréhension du phénomène qu'est la CI, ainsi que des justifications pour les choix effectués. Cette réflexivité a conduit, entre autres, à préciser les forces et les limites de chacun de volet puis de l'intégration des données (section 5.3).

Concernant la rigueur interprétative du devis mixte (Leech et al., 2010), afin de procéder à l'étape d'inférence finale, deux méthodes d'intégration des données ont été exploitées soit la présentation en matrice et la technique du « *following a thread* » (Miles et Huberman, 2003; Moran-Ellis et al., 2006; O'Cathain, Murphy et Nicholl, 2010). Le schéma sur le processus d'implantation des OCD (article 1, figure 2) impliquant le déploiement de la CI est le fruit de l'immersion dans l'ensemble des tableaux synthèses et des schémas préliminaires et par la suite de la relecture du journal de bord. Pour rendre transparent le travail d'interprétation et d'intégration, les recoupements et les divergences constatées entre les sources et les volets ainsi que le flux itératif d'analyse gagnent à être clairement mentionnés, ce qui fut fait avec des exemples précis (sections 3.3.5; 3.4.4; 3.4.4.5 et article 2). Ainsi un premier exercice de mise en valeur des convergences et des divergences a exploité les différences statistiquement significatives et non significatives pour construire et déconstruire des liens plausibles en les confrontant aux commentaires des répondantes des GMF au questionnaire, aux observations liées à l'analyse documentaire des OCD et aux tableaux synthèses de l'étude de cas (Miles et Huberman, 2003). Par la suite, un retour aux écrits, particulièrement celles sur les OCCH (Guilbert et al., 2013), a suggéré de relancer des analyses. En effet, la date d'accréditation traitée comme une variable continue

a été reconsidérée comme une variable ordinale en distinguant trois vagues d'accréditation selon la catégorisation employée par Guilbert (2013). Les analyses additionnelles sont envisageables dans les devis mixtes séquentiels explicatifs (Ivankova, 2013). Des schématisations successives ont été produites pour traduire la compréhension de l'étudiante-chercheuse jusqu'à finalement élaborer une dernière schématisation intégrative, en guise de proposition théorique (Miles et Huberman, 2003; Yin, 2009).

La transférabilité de la méthode développée pour évaluer le degré de mise en œuvre des OCD est possible en raison de la description du procédé utilisé. Celui-ci pourra être repris pour une autre OC ou DA. Le transfert de la proposition théorique pour mieux comprendre l'implantation d'une innovation est soutenu par description détaillée du contexte externe et interne des GMF, du profil des personnes sollicitées ainsi que des étapes de construction des explications associées à l'étude de cas et à l'intégration des deux volets.

La pertinence de la démarche et ses résultats sont tributaires, au moins partiellement, des perspectives de l'auditoire et aussi du contexte historique (Leech et al., 2010). Lors des multiples occasions de validation auprès des participants au volet 2 de l'étude ceux-ci ont affirmé se reconnaître dans les produits intermédiaires et finaux (article 1 : infirmières, médecins, gestionnaire; article 2 : patients, infirmières et médecins). De surcroît, le processus itératif entre le quantitatif et qualitatif, a permis d'établir un troisième point de vue qui va au-delà des résultats de chaque méthode (Onwuegbuzie et Johnson, 2006).

3.6 Considérations éthiques

Pour conduire cette étude en toute conformité avec les considérations éthiques, différentes instances éthiques ont dû être consultées étant donné le statut légal différencié des GMF (privé, mixte ou public) et les deux volets de l'étude. Toutes les démarches nécessaires ont été entreprises pour obtenir les autorisations et les renouvellements requis.

3.6.1 Volet 1

En raison du cadre académique de l'étude, le comité d'éthique de la recherche Étienne-Le Bel a approuvé le volet 1. Ensuite, pour les GMF privés, le Comité central de l'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux a octroyé son approbation

conditionnelle du projet, le 3 mars 2011 et l'approbation finale, le 9 mars 2011 (annexe 23). Pour les GMF mixtes et publics, lesquels sont affiliés à un comité d'éthique de la recherche (CER) ou comité d'éthique (CE) associé à leur établissement respectif, un processus d'approbation multicentrique a été effectué. Ceux-ci étant répartis dans 44 CSSS, un comité d'éthique principal, nommément le comité de l'Agence de la santé des services sociaux de Montréal, a agi comme coordonnateur de la démarche d'approbation auprès de tous les comités locaux et des instances concernées selon les étapes préétablies. Le comité principal a livré sa réponse préliminaire positive le 23 juin 2011 et sa décision finale positive le 7 juillet 2011 (annexe 24). Néanmoins, la réponse finale a dû faire l'objet de six mises à jour en raison des délais de réponse des différents répondants des comités locaux. La décision a été prise de commencer le recrutement auprès des GMF accessibles à partir de la 4^e mise à jour de la réponse positive datée du 22 novembre 2011. À la 6^e mise à jour, datée du 10 janvier 2012, 14 instances locales ne s'étaient pas encore prononcées et deux exigeaient des dispositions particulières (annexe 25).

Bien que les délais prescrits pour les différentes étapes et les documents réglant le processus multicentrique étaient très clairement énoncés dans la documentation officielle, la réalité terrain a été moins prévisible et plus lentement rythmée. Cela s'explique principalement par le nombre élevé d'instances concernées, par la connaissance très variable du mécanisme multicentrique qu'avaient les interlocuteurs de différentes instances sollicitées et l'imprécision du délai pour effectuer de l'examen de convenance. En plus des courriels explicatifs sur les modalités multicentriques et de relances produites et diffusées par le comité principal, l'implication de l'étudiante-chercheuse a été soutenue (plus d'une centaine de correspondances).

L'envoi du questionnaire rempli a été reconnu comme une manifestation du consentement libre et volontaire de la part du répondant. La consignation des données papier a été faite dans un classeur verrouillé se trouvant lui-même dans un local sous verrou. Les fichiers électroniques ont été archivés dans deux ordinateurs appartenant à l'étudiante-chercheuse, opérés avec un code de sécurité. L'identité des GMF sur les copies papier et les fichiers électroniques a été protégée par des codes connus que par l'étudiante-chercheuse. Le fichier de correspondance des codes avec les coordonnées du GMF et des participants a été

verrouillé avec un code additionnel. Cinq ans après la fin de l'étude ou au moment du dépôt final de la thèse, toutes les copies des données brutes ainsi que le fichier de correspondance seront détruits. Déjà les productions (affiches et l'article publié sur les retombées) ont été transmises au comité principal à la clôture du dossier.

3.6.2 Volet 2

Le volet 2 a été présenté comme une modification du volet 1 au CER d'Étienne-Le Bel et au Comité central de l'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux (annexe 26) incluant des précautions concernant les patients. Des communications entre les deux comités d'éthique ont minimisé les démarches à répéter. Les renouvellements de l'approbation du projet ont été octroyés (annexe 27-28). Le formulaire de consentement approprié a été présenté à toutes les personnes diabétiques participantes (annexe 29).

Au moment de la première entrevue, tous ont signé et remis une copie de ce formulaire et ont pu conserver la leur. Toutes les entrevues additionnelles ont été précédées par un consentement verbal renouvelé. Les documents ont été codifiés et archivés avec la même vigilance que celles du volet 1. Des pseudonymes ont été utilisés dans les résumés et les documents de présentation. L'étudiante-chercheuse a porté une attention particulière à la réceptivité des participants, aux signes de fatigue et au souhait de ne pas partager ou enregistrer certains propos. Elle a tenté de minimiser les impacts sur les activités cliniques ou quotidiennes de tous les participants et de l'organisation. À cet effet, l'étudiante-chercheuse a pris soin d'établir un lien de confiance avec tous les participants, a réitéré le libre choix et la possibilité de mettre terme à la participation sans préjudice et a exprimé de la souplesse dans les horaires pour les prises de rendez-vous. L'inconvénient le plus probable à la suite de la participation à cette étude est le temps consacré à la participation. Une compensation a été offerte en fonction du nombre d'activités de collecte auxquelles le participant a été impliqué.

CHAPITRE 4 - RÉSULTATS

Avant-propos

La thèse est rédigée par articles, ainsi le chapitre 4 couvre à la fois des considérations liées à la méthode et aux résultats. Chacun des deux articles revient sur des éléments de méthode et des résultats en mettant l'accent sur différents aspects. Dans chacun, l'utilisation de pseudonyme protège l'identité des personnes interviewées. L'article 1 a été soumis pour une première fois le 10 septembre 2016. Depuis des modifications ont été apportées et la version ci-jointe n'est pas celle soumise au *Journal of Mixed Methods Research*. L'article 2 a été publié; il est donc repris ici dans une version sans coquille.

Le premier article se penche davantage sur le contexte interne et externe ainsi que sur le processus d'implantation des OCD en répondant aux questions 1 à 4 de l'étude, soit décrire et expliquer le processus d'implantation. Il fait l'intégration des résultats du volet 1 et 2 de l'étude. Le second article rend davantage compte des résultats de l'étude de cas concernant les retombées du suivi conjoint des personnes diabétiques avec les OCD pour la triade patient-infirmière-médecin. En ce sens, il répond plus spécifiquement aux questions 4 à 6. Cependant chaque article a profité du travail de collecte, d'analyse et de réflexion menant à la rédaction de l'autre.

Dans l'article 1, une figure dans le corps du texte illustre l'ensemble du devis et un tableau présente les questions, les variables, les indicateurs, le traitement et le produit des analyses. Ils reprennent en anglais et plus succinctement les renseignements des figures 2, 3 et 4 et de l'annexe 7 du chapitre 3. Afin de mieux expliciter la chaîne de preuve du devis mixte séquentiel explicatif, le tableau en anglais de l'annexe 30 est destiné à accompagner l'article 1 sous forme de fichier complémentaire. Seuls les constats principaux et les comparaisons pour lesquelles des différences statistiquement significatives ont été détectées ($p \leq 0,05$) seront rapportés et discutés dans l'article 1. Quelques données sont aussi présentées en annexe (31 à 38) pour remédier à la limite du nombre de mots d'articles afin d'appuyer une discussion générale plus riche au chapitre 5.

Le tableau 1 informe sur les caractéristiques des GMF participants, admissibles et ayant faisant partie de l'échantillon exhaustif des GMF selon la liste du ministère de la Santé et des Services sociaux. L'annexe 31 présente les caractéristiques des OCD envoyées par les GMF. L'annexe 32 détaille les comparaisons des GMF selon le statut légal pour 12 indicateurs choisis. L'annexe 33 détaille les comparaisons des GMF selon la vague d'accréditation pour les mêmes indicateurs. L'annexe 34 informe sur les rôles et les fonctions de l'infirmière du GMF auprès de la clientèle diabétique en présentant les données du volet 1 et 2. L'annexe 35 illustre la matrice de regroupement des GMF selon les OCD adoptées, elle est en anglais, car il s'agit d'un fichier complémentaire de l'article 1. L'annexe 36 détaille les caractéristiques des patients recrutés pour témoigner de leur profil contrastant. Finalement l'annexe 37 partage le résumé de chacune des dix entrevues individuelles auprès des patients recrutés ayant le diabète de type 2 et participant au suivi conjoint.

Premier article

Titre. Undertaking an Innovation-Promoting Professional Collaboration in Diabetes Care: A Sequential Explanatory Design

Auteurs. Bois, Caroline; Guay, Maryse; Michaud, Cécile.

Statut de l'article. Soumis

Revue. Journal of Mixed Methods Research, septembre 2016

Nombre de mots. 12 000 mots

Contribution de l'étudiant à la rédaction et au travail de recherche

L'étudiante-chercheuse a réalisé la conception du projet de recherche, la rédaction du protocole de recherche, les démarches auprès des comités d'éthique et des comités en charge de l'examen de convenance, le recrutement des participants, la collecte des données, l'analyse et l'interprétation des résultats ainsi que la rédaction du présent article. Les coauteures ont accompagné l'étudiante depuis la réflexion sur le protocole, sa révision, le co-codage d'une partie des données brutes, la validation des analyses préliminaires par la triangulation d'expertise en plus de réviser le présent article. Elles approuvent que cet article soit intégré à la thèse.

L'implantation des ordonnances collectives et leur contribution à l'intensification de la collaboration professionnelle dans le suivi du diabète : devis séquentiel explicatif

Par
Caroline Bois, M.PS.
Programmes de sciences cliniques

Thèse présentée à la Faculté de médecine et des sciences de la santé en vue de l'obtention du diplôme de philosophiae doctor (Ph. D.) en sciences cliniques (spécialisation en santé communautaire), Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada, J1H 5N4

Résumé français

Contexte : Pour faire face aux défis des maladies chroniques, déployer la collaboration dans les soins primaires au moyen d'innovations s'avère incontournable. Les ordonnances collectives semblaient un moyen d'y parvenir. **But :** Décrire et expliquer l'implantation des ordonnances collectives pour le suivi diabétique (OCD) au sein des groupes de médecine de famille. **Méthode :** Devis mixte séquentiel explicatif basé sur le modèle de D'Amour sur la structuration de la collaboration interprofessionnelle (CI), celui de Greenhalgh sur la diffusion d'innovations et la notion d'objet-frontière. **Résultats :** Le potentiel des OCD n'est pas optimisé. Trois processus enchâssés ont concouru à leur implantation : un travail de sens, mené individuellement par les professionnels, alimenté par leurs expériences, des échanges avec des interlocuteurs proches de leur réseau et les bénéfices anticipés; un consensus d'équipe pour s'engager dans la collaboration; l'établissement progressif de normes par l'action de multiples détenteurs d'enjeux. **Conclusions :** Pour que les pratiques exemplaires progressent, adopter une perspective relationnelle et sociopolitique est recommandé. Étudier un objet-frontière, telles que les OCD, par un devis mixte séquentiel explicatif permet d'explicitier comment la CI se déploie.

Mots-clés : relations interprofessionnelles, innovation, suivi conjoint, ordonnances collectives, diabète, soins primaires

Undertaking an Innovation-Promoting Professional Collaboration in Diabetes Care: A Sequential Explanatory Design

By
Caroline Bois, M.P.S.
Clinical Science Programm

Thesis submitted to the Faculté de médecine et des sciences de la santé to obtain the
Philosophiae Doctor (Ph. D.) Diploma in Clinical Sciences (Community Health), Faculté de
médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec,
Canada, J1H 5N4

Abstract

Context: Innovations to intensify collaboration in primary care are a necessity for responding to chronic diseases challenges. Collective prescription (CP) was presumably a way to do so. **Aim:** Describe and explain their implementation for diabetes care in the family medicine groups. **Design:** Sequential explanatory design based on the D'Amour's Interprofessional Collaboration Structuration and Greenhalgh's diffusion of innovation frameworks. **Results:** CP full potential was not deployed. Three interwoven processes shaped the uptake: individual sense making based on professional experiences, anticipated benefits and network; team endorsement of the collaboration process; norm-setting were established progressively through the actions of many stakeholders. **Conclusions:** Evidence-based practice reforms will progress if attention is paid to interactional and sociopolitical perspectives. Studying boundary objects such as CP with sequential explanatory design allows better understanding of how CI was deployed.

Keywords: interprofessional relations, diabetes, diffusion of innovation, joint practice, standing orders

Undertaking an Innovation-Promoting Professional Collaboration in Diabetes Care: A Sequential Explanatory Design

Introduction

Primary care reform, with an emphasis on improving collaboration processes, has been called internationally and nationally (Clair, 2000; Health Council of Canada, 2007; Public Health Agency of Canada, 2011; Romanow, 2002; World Health Organization, 2010). Indeed, collaboration is recognized to be the leverage for improving chronic disease care, which is a serious health care challenge. Since 2003 in Quebec, collaboration could build on a revised Professional Code (Bill 90) that introduced a novel prescription device, collective prescription (CP) and a new primary care organization, Family Medicine Group (FMG) (Pomey, Martin, & Gerlier Forest, 2009). Both were anticipated to facilitate collaboration among health professionals in primary care. However, collaboration is a complex and progressive process that has multiple determinants (Boon, Verhoef, O'Hara, & Findlay, 2004; San Martin-Rodriguez, Beaulieu, D'Amour, & Ferrada-Videla, 2005).

One promising collaborative approach is shared care among a range of health professionals who have joint responsibility for the care of an individual. This type of care implies that monitoring, exchanging patient data and sharing skills and knowledge occurs between disciplines (Moorhead, 1995). Shared care may help combat the diabetes epidemic which has heavy burden for individuals, organizations and health systems (Comino et al., 2015; Greiver et al., 2014; Zhang et al., 2010). Diabetes care improves with more intensive collaboration between professionals (Tsai, Morton, Mangione, & Keeler, 2005). However, few teams in primary care settings have been successful in demonstrating good collaborative practices. Therefore, a limited number of diabetic patients benefit from collaborative care (Braga, 2010; Leiter et al., 2013).

Shared care for diabetes patients generally involves one physician and at least one other professional, such as a diabetes educator, a nurse or a pharmacist who work with their colleagues in an integrated way. A high level of evidence underlines the added value of diabetes shared care in primary care when a professional, for example a nurse, leads the

medication adjustment with protocols, directives or standing orders (Bolen et al., 2014; Clark, Smith, Taylor, & Campbell, 2011). As similar device, CP can play that role and might improve diabetes care. CP is defined as a prescription given by a physician or a group of physicians to an entitled health professional, “*specifying medications, treatments, examinations or other forms of care to be provided to a person or a group of persons (or for clinical situations), the circumstance in which they may be provided and the possible contraindications*” (QUEBEC, art 39.3). Physicians are responsible for the scientific content of the CPs, while other health professionals are responsible of its correct application.

Since CP is a generic device, in order to implement a CP, an object must be specified (e.g., insulin dosage) and each CP has to be approved one at the time. Implementation involves many actors and various steps according to FMG legal status (private versus public or mixed which is determined by the physicians’ choice of payment plans within the universal access public health care system). In addition to a FMG physicians consensus about one CP content, public or mixed FMG must also seek approval from a meso-level medical authority whose mandate is controlling and assesses the quality of medicine, including the pertinence of the medical, dental and pharmaceutical acts performed in hospitals and in linked health organizations on its territory. Private FMGs are not required to seek this approval.

When CPs were first introduced, as part of the Quebec primary care reform, FMG were created. An average FMG gathers 8 to 10 physicians working together with one or more nurses to provide care to 10,000 to 15,000 registered patients. Physicians who previously worked in solo or group clinics could create an FMG on a voluntary basis. In exchange for meeting some accreditation requirements, they benefit from financial and human resource incentives. FMG nurses work under the physicians’ functional authority but are employed by a public organization under contract with a FMG. As a micro-level organization, a FMG interfaces with many outer setting organizations (meso-level: e.g., nursing and medical authority bodies; macro-level: e.g., Health and Social Services Ministry, professionals’ associations).

CP and FMG are innovations as qualified by West as “*intentional introduction of and application within a role, group or organization of ideas, processes, products or procedures, new to the relevant unit of adoption, designed to significantly benefit the individual, the group, the organization or the wider society* (1990, p. 9). Assimilation of an innovation is influenced by many factors such as user, innovation and organizational characteristics; it has a predictable pattern with a slow start and later acceleration, particularly if a critical mass of adopters reaches a threshold (Rogers, 1983). In general, the implementation of health innovations modifies professional practice and patient experience (Von Korff, Gruman, Schaefer, Curry, & Wagner, 1997).

Collaborative practice was expected to bloom in FMGs from nurse-physician proximity and utilization of CPs (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005). CPs were intended to be powerful modalities to support collaboration between FMG professionals to provide better access and improved care (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005). However, both CP's and FMG's uptakes were slower than anticipated. Since it took 14 years instead of two as initially planned to accredit 300 FMGs (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017) and because CP faced resistance (Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, 2009; Guilbert, Robitaille, Guilbert, & Morin, 2014; Ordre des Pharmaciens du Québec, 2009), we are challenged to better understand influences at work. This reform offers a historical occasion to explore how interprofessional collaboration can be deployed with consideration of outer setting (such as law and professional regulations bodies), inner setting (such as FMG size, power balance) and innovation's characteristics (such as relative advantage, triability) as contributing influences.

To the best of our knowledge, how the uptake of CPs for diabetes (CPDs) occurred in FMGs has not been formally documented. Therefore, our research aimed to generate a perspective on the implementation of CPDs in FMGs during the first decade of their legal existence. As recommended by two systematic reviews on innovations in primary care (Greenhalgh, Robert, Macfarlane, Bate, & Kyriakidou, 2004; Lau et al., 2016), rather than listing a series of barriers and facilitators of CP implementation, we aimed to explore how CPs have contributed to enhancing the nurse-physician collaboration. We sought to

describe a multilevel implementation dynamic process linking interprofessional collaboration and innovation in primary care.

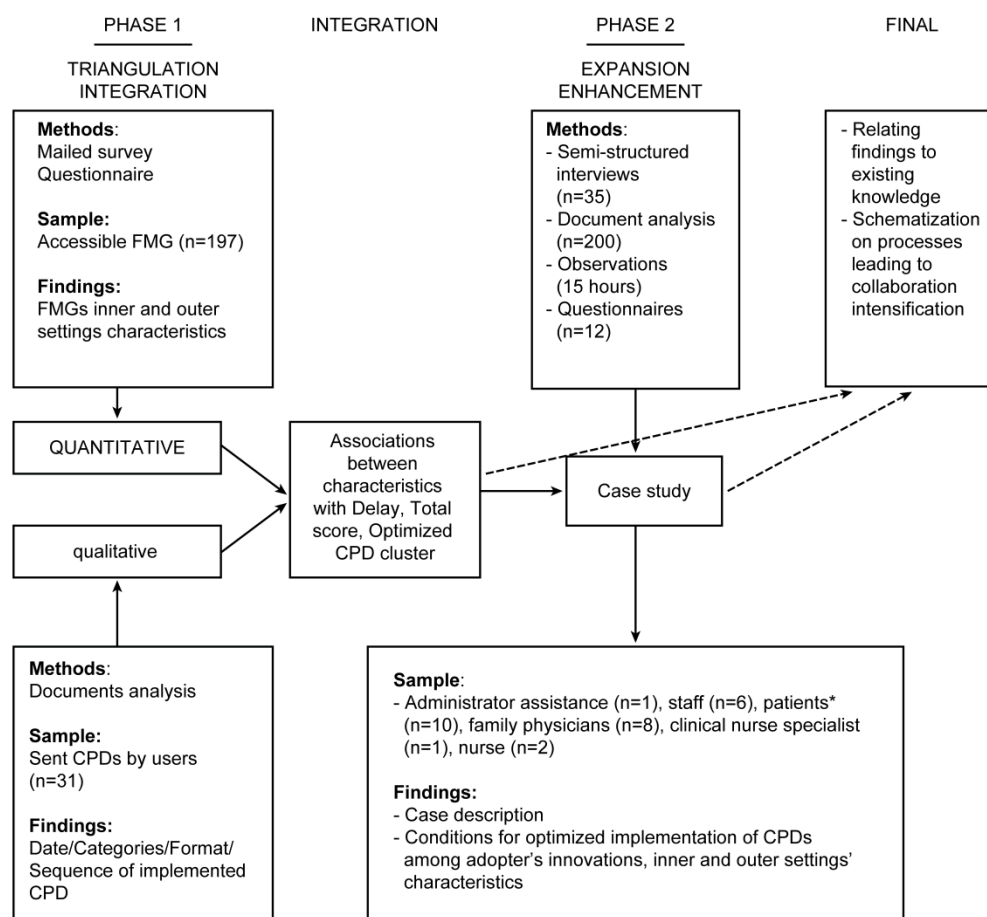
Purpose of the Study and Research Questions

The goal of this study was to describe and explain an innovation-uptake promoting collaboration, CPD, in a new primary care setting, FMG. Specific research questions included:

1. Were CPDs implemented in FMGs, and if so, (a) since when and (b) which CPD specifically?
2. Which favorable and unfavorable conditions can be associated with the implementation of CPDs in the context of FMGs?
3. How was the implementation process for CPDs linked to collaboration between professionals and to access for diabetes care in FMGs?

Study Design, Conceptual Framework and Variables

Considering our objectives, a sequential explanatory mixed-method design (QUANT+ qual → QUAL) was chosen (Pluye et al., 2009). The capitalized letters represent the priority of the method, the plus sign represents the utilization of two methods in one phase and the arrow is indicative of the time sequence of the phases and analysis. The study outline is illustrated in Figure 1 (Formanowicz & Sczesny, 2016). In Phase 1 (QUANT+qual), a cross-sectional survey and document analysis were conducted. The integration of Phase 1 drove case selection for a Phase 2 case study. The selected case had to be a champion for CPD optimization (total CPD score; optimized CPD cluster) compared to the other respondents. The final integration and merging of the results of Phase 1 and 2 involved a schematization of the determinant processes. Mixed-methods, from a pragmatic perspective, are useful for understanding processes (Bryman, 2008) and provide a richer picture of how evolving contextual factors influence implementation. A case study can help us comprehend the social constructs of organizational reforms and changes in health services (Pope & Mays, 2007).



*Data from patients were taken into consideration and presented in a second paper on OCD

Figure 1. Study Outline inspired by Formanowicz & Szczesny (2016)

An integrated conceptual framework inspired by Greenhalgh's Diffusion of Innovation Framework (Greenhalgh et al., 2004) and D'Amour's Structuration Model of Interprofessional Collaboration (D'Amour, Goulet, Labadie, San Martín-Rodriguez, & Pineault, 2008) was used to define the variables and indicators of Phases 1 and 2. Therefore, attention was paid to the innovation characteristics (e.g., trialability, potential for reinvention) characteristics of professional who contribute to CPD elaboration (e.g., social network, education), outer setting (e.g., professional authority bodies, network) and FMG inner setting (e.g., number of physicians working at the site, nurse clinical tasks, collaboration). Collaboration, as an inner setting characteristic, is conceptualized as four structural processes: shared goals and vision; internalization (mutual acquaintance, trust); formalization (formalization tools, information exchange); and governance (leadership,

connectivity, centrality and expertise). These four structural processes determine the collaboration levels (inertia, in construction or in action). Phase 2 explored collaboration at different stages of CPD implementation in a FMG having optimized CPDs hence called a champion FMG. Necessary ethical approvals were obtained for both Phases.

Phase 1: Cross-Sectional Survey

Methods, Sample and Recruitment

In general, an FMG can be referred to by its accreditation date: 1st wave (December 2002 to June 2005), 2nd wave (July 2005 to June 2008) and 3rd wave (July 2008 to January 2011). The Phase 1 sample population comprised all 221 FMGs that had been operating for at least 6 months on May 1st 2011, according to the Quebec Health Minister's list. After ethical reviews, 197 FMGs could be invited to participate. Postal recruitment occurred from May 2011 to May 2012, guided by survey recommendations (Dillman, Smyth, & Christian, 2008). In each FMG, the physician-manager was invited after agreeing to transfer the questionnaire package (consent form, return postage-paid envelope, fax number and email address) to a nurse who acted as the FMG's respondent.

Data Collection and Analysis

A questionnaire of 101 questions designed for the study (Likert and open-ended questions, comments section) was used to assess the FMG inner setting characteristics (size, legal status, governance, professional diversity and turnover, FMG network, respondent's training, experience and activities with diabetes clientele, and presence of CP and CPD). When the nurses' collaboration and autonomy were assessed, they declared on a scale of 1 to 4 (*always to never*) how frequently they performed 11 clinical activities (e.g., suggesting the physician refer a patient to a nutritionist, performing a foot examination). The questionnaire included the French version of the 19-item Team Climate Inventory (TCI) (Anderson & West, 1998), which was previously used with a similar population (Beaulieu et al., 2014). TCI is composed of four scales: (a) participative safety, (b) support for innovation, (c) vision and (d) task orientation. The TCI total score ranges between 4 and 24 (*higher values indicate better functioning*) and all have a Cronbach alpha

greater than 0.80. Answers to open-ended questions and comments were transcribed then reduced into meaningful units and categorized as favorable or unfavorable conditions for CPD implementation. The FMGs that used CPDs were also invited to send back their implemented CPDs along with their completed questionnaire.

Data extraction and analysis were performed by the first author. Four implementation indicators were determined: a) being a CPD user, b) delay [of CPD implementation], c) total score and d) optimized cluster. An FMG was declared a “user” if the respondent sent CPDs to the research group. “Delay” was calculated from the FMG accreditation date (collected from the official Health Ministry list) minus the date written on the first implemented CPD sent by each FMG. “Total CPD score” was the sum of all FMG CPDs scores that were given to each implemented CPD according to a grid, which was developed from three expert opinions on the basis of potential clinical immediate effects (expected or adverse) on the patients' health. Each CPD was scored from 0 to 9 (e.g., dosing insulin=8, supplying glucometer=2). Then users were displayed on a matrix in which the x-axis represented CPD diversity (number of implemented CPDs) and the y-axis represented CPD intensity (potential immediate clinical effects) to create clusters. High diversity and high intensity was considered the “optimized CPD cluster”. Finally, all CPDs were classified by implementation date to form a timeline to analyze their format similarities and differences.

Data entry was double-checked by a research assistant and processed with SPSS 17. Using Kaplan-Meier curves with a log rank test, comparisons between respondents and non-respondents were made according to their distribution for accreditation date, FMG legal status (private versus public/mixed), types of governance, and implementation wave. Descriptive statistics were conducted for all variables. Spearman correlations (r_s) for “delay” and “total CPD score” were calculated. Because both “delay” and “total CPD score” did not achieve normality, group comparisons used the median and interquartile range (IQR). Because legal status was associated with different approval steps, this was the first FMG characteristic to be tested with implementation indicators. The appropriate tests were applied according to the variable type: chi-square, Fisher’s exact, Kruskal-Wallis or

Mann-Whitney tests were conducted with a Bonferroni adjustment in cases of multiple comparisons. The statistical significance for bilateral tests was set at $p \leq 0.05$.

Results

Response rate, respondent and non-respondent characteristics. Of the 197 FMGs invited, 53 participated in this study (response rate 27 %). They were part of three FMG waves; 1st wave (December 2002 to June 2005, n=19), 2nd wave (July 2005 to June 2008, n=26) and 3rd wave (July 2008 to January 2011, n=8). Comparison of accreditation date for respondents and non-respondents by survival analysis showed no significant difference (Log rank chi-square (1) = 1.21, $p=0.27$) between respondents (median=5.53 years, M=5.81 SE=.29 CI [4.55, 7.03]) and non-respondents (median=5.64 years, M=5.94 SE=.18 CI [5.22, 7.03]). The respondents were mostly from public/mixed FMGs rather than private FMGs (44 versus 21.7 %, $p=0.002$). For respondents, no differences were detected in the distribution of governance types across private and public/mixed FMGs ($p=0.59$) or across FMG implementation waves ($p=0.49$). First wave FMGs were more likely to be opened on week-end than others ($p=0.00$). Approximately half (53 %) of the nurse respondents were working in their FMG since it opened, and 87 % had not worked previously in a clinic specializing in diabetes care.

CPD Implementation in FMGs: When and Which. CPDs were implemented in 31 FMGs (58 %). The delay of the first CPD implementation varied from 122 days (4 months) to 2,892 days (approximately 8 years) with a median of 761 days. Sent by 31 FMGs adopters, CPDs were analyzed then classified in five categories: blood sample and laboratory test initiation (n=21), insulin dosage (19), supplies (n=15), antidiabetic oral medication dosage (n=9), and treatment of conscious hypoglycemic patients with glucose (n=5). Laboratory testing was the prime CPD, insulin dosage was the second-most frequent CPD. Among users of multiple CPDs, half (n=15) implemented more than one CPD at a time. No specific pattern was detected in regards to which category was implemented first, later or conjointly. Total CPD scores varied from 0 to 18 (median=2 (IQR 0 to 10)). Users formed three clusters: (a) low diversity/low intensity (n=12), (b) low diversity/high

intensity (n=10), and (c) high diversity/high intensity (n=9) as “optimized CPD cluster”. FMGs from the latter group were potential recruits for Phase 2.

Modifications in CPD format was noticed over time. Overall, earlier CPDs had simpler formatting than later CPDs. For example, early CPDs rarely included a date of revision, which is a requirement. More recent CPDs mentioned additional approval committees with a detailed section on deposit and approval dates.

Conditions linked to the implementation of CPDs. Very few FMG characteristics were linked to implementation indicators. Approximately 60 % of private (n=20/33) and 55 % (n=11/20) of public/mixed FMGs were CPD users. For the delay of the first CPD, private FMGs did not differ from public/mixed FMGs (761 days (350.3 to 1408.3) versus 823 days (365 to 1195), $p=0.98$). There was also no difference in the CPD total score (2 (0 to 13) versus 2 (0 to 8.5), $p=0.40$) or in a specific CPD user cluster ($p=0.59$). Therefore, FMGs were pooled regardless of their legal status for further analysis. The TCI score had no association with implementation indicators.

Delay had the strongest negative association with FMG waves ($r_s=-0.58$, $p<0.001$). Recent FMGs took less time than first-wave FMGs to implement their first CPD. The delay in the first CPD differed according to specific waves ($p=0.004$) between the 1st and 2nd (adjusted $p=0.006$) and between the 1st and 3rd (adjusted $p=0.023$). Delay was positively related to the number of physicians working at the main site ($r_s=0.375$, $p<0.045$). Delay was also positively related with less autonomous activity in the nurse’s diabetes care, such as the nurse suggesting to physicians to refer patients to other professionals ($r_s=0.457$, $p<0.01$).

For the CPD total score, a positive association with FMG waves was detected ($r=0.270$, $p<0.05$). A comparison between FMGs showed a higher CPD total score in FMGs from the last wave compared to those from earlier waves (1st=0 (0 to 2), 2nd=6 (1.5 to 14.5), 3rd=1 (0 to 14.5), $p=0.018$). Moreover, a higher CPD total score was also associated with nurses making telephone follow-ups ($r_s=0.30$, $p<0.05$).

Respondent's comments identified a few facilitators of CPD implementation, (access to protocols of implemented CPDs, practicing membership in a virtual nursing community, documentation from pharmaceutical companies, and physician approval and support) and barriers (lack of support from the meso-level nursing authority, being a small FMG, nurses' limited time for writing CPs even though their team physicians wished to use them, disappointing experiences with the meso-level medical authority approval process, and expecting central institutions to provide CPDs written by experts). The following comments underline how inner and outer settings influenced the implementation of CPDs:

From the physicians' authority body publication, we were informed that an expert committee consisted of physicians, specialists and family doctors, and that nurses and pharmacists would put in place some collective prescriptions for diabetes [...]; since there are heavy procedures to get our CP approved, we decided to wait. Nurse no. 26 (Public FMG) (Translation).

The CP approval process represented such an enormous delay that it did not motivate us to generate others...The frame chosen by [meso-level] authorities changed many times; no support, no available time; [we have to] write them on a desk corner between patients. Nurse no. 7 (Private FMG) (Translation).

Phase 2: Case Study

Methods

Sample and recruitment. From the nine FMGs that were located in the optimized cluster found in Phase 1, three had previously agreed to be invited to participate in Phase 2. Final selection of the champion FMG was made for practical reasons and was based on the professional's desire to share their experience. All professionals (physicians, nurses) working for more than two years in the selected FMG and staff (administrative manager, receptionists) were invited to participate and to consent in writing. This case study occurred from November 2012 to October 2013.

Data collection and data analysis. Data were gathered from three sources: documents, observation and interview. Documents (minutes, letters between instances,

protocols, etc) were obtained through the key nurse informant. A total of 15 hours of discontinued observations of public areas was performed (interactions between team members or with patients like greetings, scheduling, problem-solving). Semi-structured interview guides were developed to engage different types of respondents and to collect information they could provide from their own perspective (e.g., Physicians: *How did this team decide to use CP and how did you choose which one to develop first?* Nurses: *Can you describe your involvement in CPD elaboration and utilization? Who is responsible for archiving and updating the CDP?* Administrative assistant: *From what you can remember, what were the pros and cons discussed in meetings about CPD development?* Staff: *How often do nurses have appointments with diabetes patients? Who manages their schedules and how?*). All data were gathered, archived and analyzed using the computer program NVivo 10 with a modified version of the Burnard method (1991) to identify convergent information across sources and methods. Documents, observations, interviews and validation input were coded and then integrated. For the interviews, coding was ensured by the first author for process consistency, and validation was performed by two additional coders. The initial coding was guided by the chosen frameworks; then, the codes were refined based on new literature insights and the preliminary results of Phases 1 and 2. Themes and relationships were summarized in schemas followed by a narration.

Results

Case description. This private FMG, from the first FMG wave, is located in an urban area. At the time of the study, it was recognized as a pioneer among other FMGs because of its early adoption of innovations other than CPD and the fact that its clinical and managerial tasks were supported by an electronic platform earlier than most other practices. Its services were provided in a pleasant environment with easy physical access 7 days/week and 12 hours/day with adjacent X-ray services, associated medical specialists and a pharmacy offering primarily prescription drug services and basic health-related products. The practice included 22 family physicians, among whom 15 had been working at this facility either full-time or part-time for more than two years. The FMG employed administrative staff and served approximately 21,000 enrolled patients. Two nurses with bachelor's degrees had previously worked in a nearby hospital and in primary care settings,

were trained for three months by start-up nurses before having their own caseload. Diabetes shared care was well-established and involved most of the physicians and these two nurses. Shared care was initiated by physicians. When insulin introduction was planned, a first face-to-face meeting with a nurse for was scheduled (day or early evening) from the next day to three weeks after the initial request.

Influential conditions for the implementation of CPD. For most conditions, nurses and physicians reported similar perceptions about CPD as an innovation, inner and outer settings (Table 1). It summarizes interviewees comments (central column) organized by dimensions of Greenhalgh's framework (left column), with researcher's appreciation of their influence on the implementation of CPD (right column).

Table 1 – Influential Conditions of CPD Implementation

Dimensions	Synthesis of verbalized perceptions	Researcher's appreciation
INNOVATION PERCEPTION		Overall favorable
Relative advantage	<ul style="list-style-type: none"> Time gained for professionals, which allows them to deal with conditions more aligned with their specific professional competence. (FP, N) Potentially enriched nursing and medical practices. (FP, N) 	↑
Risk	<ul style="list-style-type: none"> Related to a specific object (e.g. insulin dosage, periodical laboratory tests). (FP, N) Minimized because based on guidelines, scientific evidence and training. (FP, N) Safer if compared to physician's delayed action due to clientele volume, other clinical priorities or absence from the clinic. (FP, N) Safer if options are limited and if an explicit algorithm is elaborated. (FP) Once nurses are trained, competence is maintained by high volume of cases. (FP) 	↓↑
Technical support needed	<ul style="list-style-type: none"> One senior physician asked the CMQ to write CP models according to guidelines for all physicians; the request was declined since it was not viewed as its mandate. Access to approved models is time saving but insufficient. (FP, N) Initially, one designated nurse from HSSS, two FMG physicians and two FMG nurses participated in CP elaboration/revision. Later all FMG physicians were asked to revise and sign CPs. (FP, N) 	+
Trialability	<ul style="list-style-type: none"> CPs were tested first on an object linked to physician's perceived time-consuming task (e.g. anticoagulant medication surveillance) or low risk objects (e.g. ear wax removal). (FP) No errors or incidents were reported so other CPs were elaborated. (FP, N) 	↑↑
Potential of reinvention	<ul style="list-style-type: none"> Very high as a process innovation but requires investment in resources (expertise, time). (FP, N) 	↑↑
Soft periphery	<ul style="list-style-type: none"> CPs have no predetermined object, they have to be elaborated for a specific object. (FP) FMG's private status did not require local CMDP approval in the early years. (FP, N) CPD utilization is not mandatory even if physician signed it. (N) 	↑↑
INNER SETTING/FMG CHARACTERISTICS		Overall favorable
System Antecedents for Innovation		
Professionals pre-existing knowledge/skills	<ul style="list-style-type: none"> FMG was initially managed by a physician who also holds a bachelor's degree in management, a rare combination of expertise had helped immensely to drive FMG start-up phase. (FP) Two nurses with working experience in primary care and with structuring new services.(FP) Benefited from locally developed knowledge on elaboration/approval/implementation process. (N) 	↑
Receptive for	<ul style="list-style-type: none"> High volume of diabetes patients. (FP) 	↑

Dimensions	Synthesis of verbalized perceptions	Researcher's appreciation
change	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes treatment viewed as repetitive and mostly not challenging for physicians. (FP) • Knowledge of evidences on diabetes shared care vs to physicians' solo practice. (FP) • Engaged in the renewal of primary care, enrichment of nursing and family physician's roles. (FP, N) • Continuing education is valued by all and for all FMG members. (FP, N, AD) 	
Network	<ul style="list-style-type: none"> • Professional and personal ties (worked together, friendship or marital relationships). (N, FP, AD) • Tensions between nurses, physicians and the first FMG AD for 5 years with peaks. (AD) • Changed over time: a new administrative assistant, nurses with different scope of practices • Medical: specialists rented FMG clinic space (proximity, faster and simpler referrals process). (FP, N) 	↓↑
System readiness		
Tension for change	<ul style="list-style-type: none"> • Pressure for accessibility/continuity of care. (FP, N) • Pressure for more systematic diabetes follow-up. (FP) • Pressure to offer services to diversified clienteles. (FP, N) • Positive assessment of early CPDs with positive outcomes for all parties. (FP, N) 	↑
Power balance	<ul style="list-style-type: none"> • Physicians have functional authority and decisional power to assign resources for CP; FMG's Ns are outnumbered by FPs (FP, N) • Presence of a highly influential senior physician in favor of CP in general and for CPD. (FP) • Consensus to implement CPD was reached initially among two nurses, a senior physician and physician manager. (FP, N) 	In favor of physicians
OUTER SETTING (meso and macro levels)		Fluctuating overtime
Inter-organizational norm-setting	<ul style="list-style-type: none"> • Different regulation instances were influential according to their mandate: meso (CMDP, NCD, HSSS) or macro (CMQ, OIIQ, FMOQ, INESSS, MSSS) • All above instances changed their position on CP overtime. (FP, N) • In 2003, CMQ did not respond favorably to FMG's team early approach to provide CPs or CPDs. (FP) • FMG had low expectations for input from regulation instances. OIIQ provided first CP template. (FP) • Changes occurred over time about CP approval tracks, format and required content. (FP, N) • In 2004, a new meso structure, HSSS, was created with population-based responsibilities and coordination mandate. At that point, additional efforts to harmonize CPs were led by CNS. (N) • Relationship with CNS described as satisfying and gained clarity with years, after an unclear start considering their private legal status. (FP) • In 2006, CMDP authorities were perceived as acting as gatekeepers during FMG's diffusion. (FP) • In July 2010, Health Minister officially announces provincial CP models for 5 chronic illnesses. (FP, N) 	↓↑

Dimensions	Synthesis of verbalized perceptions	Researcher's appreciation
Network	<ul style="list-style-type: none"> • Diversified • Included a supra-regional body to supported FMG start-up network, regional FMG implementation committee (dissolved subsequently) (FP) • Includes nearby hospital laboratory and other units; one university and medical resident training clinic where few FMG's physicians work part-time (FP); FMG nursing virtual community in 2012 (N); medical specialists and private partners: pharmacist as FMG's building owner and consultant; other pharmacists (FP); pharmaceutical companies distributed CP models, guidelines reminders for diabetes management, loaned equipment (HbA1c test machine); research partner; continuing education facilitator. (FP, N) 	↓↑

Note: Table 1 summarizes interviewees comments (central column) organized by dimensions of Greenhalgh's framework (left column), with researcher's appreciation of their influence on the implementation of CPD (right column). ↑↑= Very High; ↑= High; ↓↑ = Fluctuating; + Moderate. AD = Administrative Assistant; CMQ = Quebec College of Physicians; CMDP = Council of Physicians, Dentists and Pharmacists; CNS = Clinical Nurse Specialist appointed by Nursing Care Division; FP = Family Physicians; FMOQ = Quebec Federation of General Practitioners; HSSS : Meso level instance regrouping health and social services in one territory; INESSS = National Institute of Clinical Excellence of Health and Social Services; MSSS = Health and Social Service Ministry; N =Nurses; OIIQ = Quebec Order of Nurses.

In the champion FMG, positive innovation perceptions were particularly favorable. The potential for reinvention, trialability, relative advantages and a soft periphery were key facilitators. Great resource investment for reinvention potential and moderate technical support resulted in a CP with great anticipated benefits for the actors in decisional power to be implemented. The soft periphery was high because of two conditions: a) the FMG's private status freed it from the meso-level approval medical authority; and b) the signature of one FMG physician did not imply automatic introduction of shared care by the FMG physicians or for all patients of the signing physician.

Inner setting was favorable for CPD implementation. System readiness depended on high pressure for change and a decisional power balance in favor of physicians. A high receptivity for that specific innovation, pre-existing knowledge and mixed skills within a close social network were favorable system antecedents. Hybrid education in management and medicine gave the FMG's manager an informed and enriched point of view of burgeoning health organization reform. The nurses' willingness to engage in nursing role changes, prior knowledge, experience and friendship were determinants. In that favorable inner context, each physician had to adopt CP after an individual sensemaking process of a renewed professional dynamic. Close and satisfactory relationships among FMG physicians, established prior to FMG accreditation, helped with CP assimilation process.

Outer setting elements (norm-setting, network) fluctuated over the decade. Inter-organizational norm-setting was very limited at the beginning. Interpretations of new regulations were voiced by different macro- and meso-level organizations. FMG always benefited from a diversified network, but the actors and relationships changed over time. Some actors were perceived as supportive, including the FMG start-up committee, the appointed clinical nurse specialist and the pharmaceutical companies. At the time of the study, diversified satisfactory partnerships with public and private organizations were created.

Collaboration as an adopter's characteristic at each innovation phase. Based on interviews, observations and document analysis, D'Amour's four structural processes of collaboration were detailed for the four periods of CPD implementation (Table 2).

Table 2 – Collaboration and CP Elaboration, Early Utilization, Scale-up Phase and at Time of the Study

Phase	Collaboration structural process			
	Shared goal and vision	Governance	Internalization	Formalization
CP elaboration	<p>An opportunity to seize</p> <ul style="list-style-type: none"> •Three clinical conditions and their CPs are targeted by influential FP dyad. <p>CNS: <i>I was on the selection committee. I knew these two N. They had some sense of leadership, they were clever... in fact, they created their role.</i> FP2: <i>To jump right in at the start-up, it was a gamble because we're a great gang [FP], but frankly, I didn't know what I was getting into. I saw benefits, nothing too specific; well we'll see in the making.</i> FP3: <i>We met with Dr X, from the Quebec College of Physicians, telling we want CP for anticoagulant and contraception and diabetes. [...], We argued that evidences are the same in all clinics. He was upset, he said that "if you think Quebec College of Physicians has time for that matter, go do your stuff and I do not want to hear more about it." So we called all the 29 clinical nurses working in [city name] clinics. [We were] asking: "Do you have CP? Two had started working on contraception or diabetes, so we collected them and worked. "[...] OIIQ gave us a template. Then we worked hard together.</i></p>	<p>Working in subgroups but connected</p> <ul style="list-style-type: none"> •Respected and invested FP dyad in favor of CPs. •CPs are a priority (on 50 regular meetings with FP-M, AD and Ns, from 2006 to 2012, CP was 1st topic 18 times; included in additional 20 meetings). •No external power to disapprove elaborated CP. 	<p>Building on established relationships</p> <ul style="list-style-type: none"> •Support from CNS for CP development. •Elaboration is an occasion to share resources (time, expertise, network) and shared-ownership. 	<p>Scan for available ressources</p> <ul style="list-style-type: none"> •Central Nursing regulatory body provide CP canvas. •Triad (two N + one invested FP) seek, exchange informations on existing CP, guidelines, (re)write drafts, validate by CNS and few FPs. •Consensus reached through FP asynchronous consultations and signature round.
CP early utilization	<p>Progressively actualized vision</p> <ul style="list-style-type: none"> •Positive outcomes of earliest CP drives elaboration of more. <p>FP2: <i>At first, it was about understanding the work of nurses in FMG. Nurses are gold to me but I had no experience working with them in a primary care clinic: I am an ER guy [...] I did not know they (N) knew so much about diabetes and insulin [...] I did not see added value of CP, not that I was against...I was just busy with my own things. [...] N, CP and electronic platform, all plus. Never going back!</i> FP5: <i>They [Ns] were dynamic, motivated and motivating. I had to trust them, they would do things under my name. There was a short adjustment period, soon I was able to appreciate their competence and clinical judgment [...] These two we're ultra-professionals. I don't do anticoagulant follow-ups anymore, therefore imagine, I see at least 40 patients more now because of it, complex cases.</i></p>	<p>Physicians' decisions</p> <ul style="list-style-type: none"> •FPs have decisional power within FMG. •Each FP, individually, is free to use or not CPD. 	<p>Trust and mutual acquaintance grow</p> <ul style="list-style-type: none"> •Utilization cultivates trust in N competence and wish for more CP, like CPD. 	<p>Consensus formalized</p> <ul style="list-style-type: none"> •CPD is a formalized agreement at play only after FP individually launches shared care for a specific patient who accepts to contact a N for diabetes follow-up; usage is progressive.

Phase	Collaboration structural process			
	Shared goal and vision	Governance	Internalization	Formalization
Scale-up and diffusion attempt	Constrating goal and visions <ul style="list-style-type: none"> Invested FP attempts diffusion at meso level by presenting CP to president of medical approval authority of an affiliated hospital. <p>FP3: <i>I was there with my jewels, two years of work! He said 'no, goodbye', that's it. There was nothing else to be said. The professionals' representative who was with me was stunned.</i></p> <p>CSN: <i>Months passed by without any CP approval; they [medical authority] did not want to touch it...up to one year ...a year and a half after the deposit; I stopped proposing them at approval committee meetings. It was like...passive-aggressive sort of; ... Then, a new president took over, one who believes in professional collaboration, then things changed.</i></p> <p>S2: <i>First diabetes appointments were scheduled in a specific time slot, but at one point, they were to much back and forth messages, so nurses made their own scheduling, but I can see it on my screen</i></p>	Centrality and manoeuvring margin <ul style="list-style-type: none"> New approval processes of CP were made up by meso level regulations authorities. 	Basic trust is put to the test <ul style="list-style-type: none"> Delays about approval or resources assignation are interpreted as lack of willingness and lack of interest of FP and AD to nurses' demands. 	Reformalized to optimize content and process <ul style="list-style-type: none"> CP canvas and approval process changed. Later ones have specific sections with date entries for each approval steps by specific actors.
Ten years after FMG set-up	Compatible goals and visions <ul style="list-style-type: none"> Almost all FPs are sharing diabetes care. Diabetes shared care focuses on glycemic normalization and parameters control. <p>N1: <i>I have the right not to know everything but I have the obligation to be transparent about it, open to feedback and adaptation. [...] Now that they [CPD provincial models] are available, we need to rerun FMG FP signature approval process before using them. There are a bit different from ours.</i></p> <p>FP5: <i>Working solo, it's dull. It [FMG] boils down to time saved with improved care, plus, more knowledge, learning from each other. More fun to be working and to be engaged in satisfactory conversations, really it's a great gang! They are no money-markers, they love their work.</i></p> <p>FP2: <i>I do not buy in that delegation notion. I am there if needed. All here work at their best, to their limits. Like me, if it is too complex for me, I call a specialist and I learn of it.</i></p>	High connectivity <ul style="list-style-type: none"> Mulitple communication modalities used by N accordingly to the urgency of the matter and FP preferences. 	Maintain trust by being a perpetual learner and a willing collaborator <ul style="list-style-type: none"> Interdependence and complementary roles. Trust is cultivated by a shared norm. 	Consolidated formalization <ul style="list-style-type: none"> FMG CP are harmonized with norms. One N is responsible, accompanied by CNS in predetermined steps for CP elaboration, revision. Outdated CPs are distributed amongst FPs for revision, then summited to all FPs.

A collaboration movement leading to diabetes shared care with optimized CPDs was first activated in an FMG subgroup by two structural processes: internalization paired with shared vision and goals. Within the FMG, a respected, influential and highly involved physician dyad, which had strong ties, contributed to build on established respect, trust and mutual acquaintance (internalization) and to articulate a vision about their FMG and CP. CPs were rapidly envisioned by influential actors as a tool to work together more efficiently. Early on, both of the nurses and one physician explored the available information on CPs (connectivity). The FMG physician manager valued their dedication (governance). CP elaboration (formalization) nourished mutual acquaintance and role clarification (internalization). Although the CP was experienced only by a few, all FMG members witnessed it as a shared ownership innovation; thus, it was a concrete step toward an actualized vision. CP as a formalized product based on consensus (formalization) spread trust.

The early utilization of CP with perceived positive outcomes nourished physicians' trust in nurses' competence and provided added value for collaboration (internalization). Professionals rapidly recognized CP and extended the nursing role's potential with anticoagulant therapy. This actualized vision of collaborative medical practice energized the FMG members who chose to develop more CPs (vision), including CPDs (formalization). The decisional autonomy of FMG physicians gave them maneuvering margins for rapid implementation and the progressive addition of higher intensity CPDs (governance). The early adopter's enthusiasm for CP was out-of-sync with the meso-level organization's disposition. This discord created frustration. *A sign of an inconsistent and inefficient health care system* (Physician 3, translation). Over time within the FMG, more contrasting development visions and goals emerged. Tension amplified between the nurses and managers regarding the allocation of resources and delays for material acquisition and authorization paired with the pressure of greater patient volumes.

In regards to diabetes shared care, with multiple CPDs and an electronic platform, the nurses were able to offer a personalized follow-up to diabetes patients until the agreed targets were reached. Again, the spread of this practice within the FMG was progressive

within the early adopter FMG. The nurses' and physicians' practices evolved to their satisfaction, and diabetes patient access to care was improved.

About 7 years after start-up, we have reached our steady state mode [...] everybody knows their role in the team, values the work of others and works efficiently for better care, and we consolidated it all.” (Physician 1, Translation).

At the time of the study, compatible goals and visions were observed. Respect and interdependence were voiced by all, including the nurses, staff members and physicians. Being a perpetual learner, a willing collaborator and demonstrating a pragmatic problem-solving attitude is an implicit norm (internalization). Offering efficient care in a pleasant working climate is an explicit goal for all members (vision).

Overall, collaboration was *in construction* right after the FMG's start-up within the FMG subgroup, and then it intensified progressively with early utilization of CP and became *collaboration in action*. This level was maintained afterwards. Manifestations of all four structural processes (D'Amour et al., 2008) were traceable at all phases but unevenly activated. Moreover, the team members experienced many different processes in different phases.

General Discussion

This article describes and explains the implementation of CPD in a new primary care organization in the Quebec, FMG. That process innovation was announced as a means to intensify nurse-physician collaboration. Nearly ten years after CP introduction, the implementation of specific CPs for diabetes care remains partially implemented. The majority of FMGs (84 %) reported having at least one CP, and 58 % had at least one CPD, but all possible categories of CPDs were rarely deployed in one FMG. This state of affairs is deceiving considering the high expected involvement of primary care organizations in diabetes care (Leiter et al., 2013). This outcome suggests a “let it happen” rather than a “make it happen” implementation posture (Greenhalgh et al., 2004).

The exploration of implementation variations can help better understand how the characteristics of innovations and outer and inner settings influence CPD uptake. Surveys

revealed only a few statistically significant associations between FMG characteristics and implementation indicators (i.e., user, delay, total score, and optimized cluster). The respondents' comments, document analysis and a case study enhanced these results. This section will integrate the results of both phases and discuss plausible explanations to shed light on the CPD implementation process.

CPD Implementation and Possible Reasons for Implementation Choice

Each FMG was individually free to develop or not CPDs, to prioritize the CPD of its choice and to implement them in desired sequence. In our compilation, laboratory testing was the prime CPD (21 users/53 respondents). Considered by experts to be a low-intensity CPD, it facilitates nursing prevention and screening roles. Insulin dosage, a high-intensity CPD, was the second most-frequent CPD (Phase 1). The FMG champion's respondents informed us why the insulin dosage CPD was relatively popular. First, insulin introduction education and frequent dosage adjustments are perceived as a time-consuming task by physicians. Second, nurses have recognized competence in patient education. Third, insulin dosage was judged safer if it was performed by nurses who were more available for intensive follow-up during the treatment introduction period (Phase 2). Nonetheless, only 36 % of FMGs had an insulin dosage CPD. Even less (17 %) had implemented the antidiabetic oral agents CPD (Phase 1). The FMG champion physicians judged the latter CPD as trickier to implement than the insulin dosage CPD (Phase 2). Therefore, they implemented the oral agents CPD last. In our survey sample, no specific CPD implementation sequence was observed.

These low implementation rates and rare optimization were puzzling considering that: chronic hyperglycemia and insulin introduction are known to be a great concern among patients and physicians (Furler, Spitzer, Young, & Best, 2011); there is high evidence of nurses' efficiency with medication adjustment using protocols and standing orders (Shojania et al., 2006); the best practices are formalized; and insulin self-adjustment by the patient is now a common practice (Blonde, Merilainen, Karwe, & Raskin, 2009). Compared to other organizations, FMGs were early adopters of some CP (Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, 2009). CPD uptake is greater

than the provincial CP on female contraceptives (rate of 21 %) as estimated also by documentation analysis within same period (Guilbert et al., 2014). On the later Guilbert et al. argued that physicians' comfort zones had more influence on CP content than the guidelines and suggested that understanding the CP mechanism, motivation, interests, experiences and collaboration are determinants of implementation. Our data confirmed the influence of these factors. By contrast, no association between team climate and CPD implementation indicators was observed, whereas other researchers have reported links for other innovations (Anderson & West, 1998; Ouwens et al., 2008).

Conditions influencing delay

Implementation delays varied considerably. The users took between four months to eight years to implement their first CPD. Delay dropped significantly from 1st wave to 2nd wave FMGs. FMGs accredited before June 2005 generally took longer to implement their first CPD than more recent FMGs (Phase 1). However, counter-examples were observed (Phase 1 and 2).

Delay was positively associated with the number of physicians, which suggested that smaller FMGs reached consensus and implemented CPDs more rapidly than larger FMGs. Comments from survey respondents suggested the opposite relationship and stated that being a small FMG was a barrier (Phase 1). That inconsistency might be resolved if one considers that CPD requires both consensus and elaboration resources (time, expertise, network). On the one hand, building consensus for the use of CP, consensus on which CP to prioritize and consensus on its specific content among professionals who used to work independently is challenging. Therefore, the number of physicians mattered when the time came to reach consensus (Phase 1). On the other hand, smaller FMGs usually employed only one nurse who had been very active in CPD implementation (Phase 2). To liberate time from clinical care to establish CPDs is also a challenge even if the FMG governance approved it (Phase 1-2). Nurses reported tension between daily clinical work and CP development (Phase 1-2). This tension might explain how priority ambivalence slowed CPD uptake and why many clinicians were expecting central organizations to be more active in CP establishment. This expectation appeared legitimate because of the provincial

CP on female contraceptives, which was established by the joint efforts of three central organizations was launched in 2007. Interestingly, even when a provincial model was available, the adopter's organization size had an influence on the implementation delay of new nursing practices with CP (Guilbert et al, 2014). Again, our data confirmed that observation.

Evolving Implementation Conditions

Strong statistical associations between the FMG wave and implementation indicators were observed. We concluded that the FMG wave is an indication that conditions changed over time, resulting in faster and optimal implementation over the past decade. These conditions are linked to innovation perceptions, inner and outer settings and interconnected processes.

Inner Setting

Different visions of nursing roles, primary care and CPs appear to be linked. Less autonomous nurse tasks were associated with greater implementation delay or with less optimized CPs. Which factors precedes the other remains unclear. The literature reports two distinctive nursing practices in FMG: medical assistance and systematic follow-up (Jean & Sylvain, 2010; Roy & Sylvain, 2004). The first was more frequent in clinics where walk-in appointments are prioritized and the patient volume is high (Beaulieu et al., 2006b). Furthermore, different visions of primary care lead to prioritize greater access for acute needs rather than focus on chronic diseases. Since 1st wave FMGs are opened more likely on week-end than others, it is plausible that they prioritized walk-in appointments, which cultivates less interest for CPD. However, counter-examples were observed (Phase 1 and 2).

Early implementation (Phase 2) was observed within a favorable FMG inner setting in which positive perceptions of CP, as a generic process, were shared by influential actors who were receptive to change and ready for CP implementation. Because CP made sense to key actors, they prioritized their elaboration which activated collaboration rapidly, spring-boarded formalization efforts and, ultimately practice renewal. Individual

sensemaking one's practice with CPs, in terms of professional responsibilities was influenced by dialogue with proximal network, experience and anticipated benefits.

Our results suggest, as others have reported, that the presence of a physician who worked previously with nurses in primary care is a trust accelerator (Conley, 2007; D'Amour et al., 2008). Indeed, as suggested before, trust and respect can be fostered through a mix of interventions aimed at building personal relationships and establishing agreed rules that govern collaborative care (McDonald, Jayasuriya, & Harris, 2012). Trust stands out among all issues in shared care and in collaboration literature (Conley, 2007; Goderis et al., 2009; McDonald et al., 2012; Pullon, 2008; Vedel et al., 2013). In D'Amour's Model, trust is associated with respect and mutual acquaintance, which are related to the internalization process. Trust is not generic; it builds on common actions and can benefit from an "intermediate object" (Vinck, 2003), giving colleagues the opportunity to learn from, with and about one another as people and professionals (Bainbridge, 2011).

In FMG studies, even invested physicians who agreed with the FMG mission did not correlate with the rapid transformation of values, norms, governance and professional practices (Beaulieu et al., 2006a; Rodriguez & Pozzebon, 2010). That might explain why CPD remains partially implemented.

Interconnected Inner and Outer Settings

Even if the inner setting and positive perception of CP were favorable, the outer setting has its fair share of influence on CPD implementation (Phase 1-2). Some outer setting actors were active in CP information circulation, and interested FMGs were actively scanning their networks for CP information (Phase 1-2). A central nurse regulatory body offered the first canvas (Phase 2). Many FMGs underlined how they wished there was more active support from their meso-level nursing organization (Phase 1). That network support was indeed available for the FMG champion, suggesting it accelerated processes of elaboration, validation and, later on, harmonization (Phase 2). Only two tertiary hospital specialist diabetes teams were mentioned by users (Phase 1). The limited involvement of specialized services for primary care partners, as recommended by the *Chronic Care Model* (Baptista et al., 2016), may have hindered CPD implementation. Respondents valued

pharmaceutical companies (Phase 1-2) and the input of virtual FMG nursing communities (Phase 1) that helped circulate approved CPs and CPDs.

Uptake of a similar formalization tool, namely the New Zealand standing order, was also launched in 2002, which extended nurses' scope of practice (Wilkinson, 2015) and revealed similar challenges to those we reported here for CPD, including the difficulty to obtain medical support and to reach consensus, lack of administrative support, income and trust issues. A multiple case study on a mechanism similar to CPD, namely medical directives in Ontario, revealed how the crucial perception of innovation and support from specific resources can influence both the elaboration and implementation steps (Alvarado, 2007).

The medical authority approval process was fastidious (Phase 1 -2). Apparently, this approval step had a discouraging effect across the province on the CPD implementation process (Phase 1) and CPD diffusion (Phase 2). This meso-level professional instance can be viewed as playing the role of gatekeeper (Davy, 2015). Directly emerged in the CPD utilization context, in close contact with "*their trusted*" nurses, FMG physicians who wished to renew their practice appeared to more rapidly favor CPs than medical regulatory bodies. The FMG champion, because of its private status, was freed from this medical approval. That maneuvering margin might explain its early and optimized CPD. No significant differences in delay or optimization in legal status were detected (Phase 1). However, this case study demonstrated how a powerful meso-level organization could stop CPD uptake in organizations under its jurisdiction even when the CPD is promoted by a satisfied early adopter who tested it in an FMG (Phase 2).

Observations of positive outcomes of CPs and shared care motivated further implementation (Phase 1-2). Circulation of the canvas and of more and more approved CPs has contributed to greater CPD uptake (Phase 1-2). Over time, regulatory bodies clarified how to address CP approval, canvas changed and included other professional committees (Phase 1-2). In March 2013, a provincial model for four chronic diseases, including diabetes, was published by a central multi-professional organization with a mandate to evaluate and diffuse best practices in health and social services. Provincial CP is a

formalized product that can be adopted by all FMGs. It saves elaboration efforts, legitimizes CPD, sets norms for both format and content.

Information circulation through different networks have helped CP norm-setting. One network, the virtual nursing practice community, was mentioned by CPD users. As suggested before, a practice community spreads clinical protocols and assessment tools (Kislov, Harvey, & Walshe, 2011), contributes to promoting innovation in primary care and professional development in nursing and has positive effects on the adoption of innovations (Mendizabal, Solinís, & González, 2013). The actions of one FMG shaped the changing outer setting in which others would assimilate innovations more rapidly and intensified collaboration. Since rules and norms to govern behavior can substitute for interpersonal trust (Rico, Sanchez-Manzanares, Gil, & Gibson, 2008), CP norm-setting might have been the leverage for collaboration intensification.

Schema of Active Processes

Overall, our results echo the complexity of health innovations (Fitzgerald, Ferlie, Wood, & Hawkins, 2002; Greenhalgh et al., 2004; Lau et al., 2016). Figure 3 illustrates the CPD implementation process. In health care, role revision takes place in a highly regulated system. According to our data, CPD uptake is explained by three interwoven processes: one at the individual level (sensemaking of one's practice with CPs), one at the team level (consensus within the FMG) and one linked to the outer setting (norm-setting). These three intricate processes led to the CPD acceleration of implementation and optimization that contributed to increased collaboration in primary care over a period of ten years. All three processes have been pointed out separately in regard of other health care innovations (Fitzgerald et al., 2002; Weick, Sutcliffe, & Obstfeld, 2005).

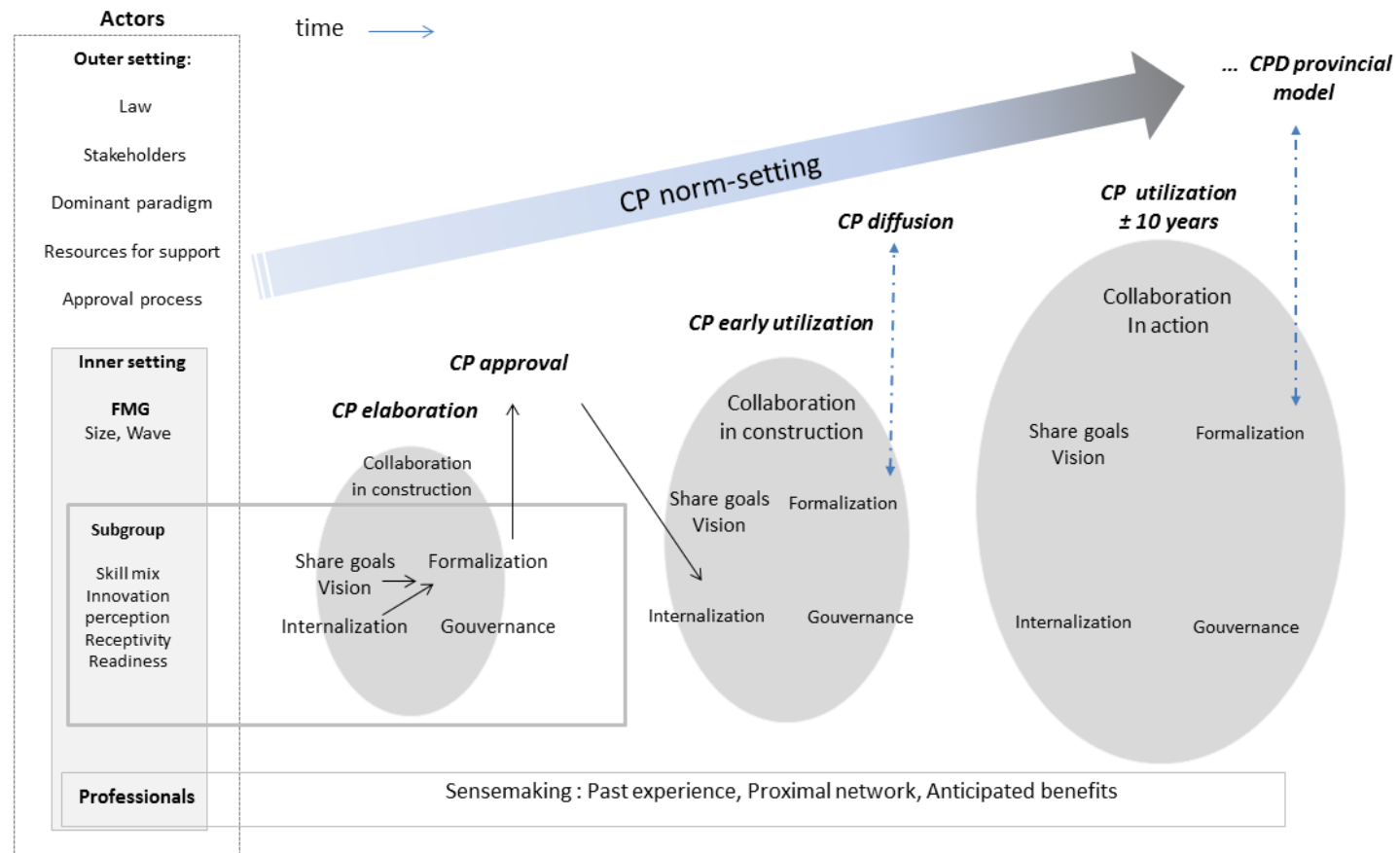


Figure 2. Active Processes in CP implementation

A spiral of collaboration unfolded and was anchored in established trusting relationships (internalization) and a renewed vision (vision) fueled by CP elaboration (formalization) that was led by a mixed-skill subgroup supported by governance (collaboration in construction). This spiral of collaboration continued to grow through consensual approval of all FMG physicians. In general, time needed for consensus was longer in FMG with numerous physicians. Positive outcomes help recognize CP and the potential of shared care as well as encourage collaboration for more CPs, including CPD (collaboration in construction). Over time, within the FMG, more physicians introduced diabetes shared care with CPD (collaboration in action). The canvas and approved CPDs were diffused (norm-setting) by various networks over time. Recent FMGs had a chance to build on the actions of earlier FMGs. Delay was reduced, and CPDs were optimized. More precise norms for CP format and the approval process emerged, which were enforced by CP circulation and the actions of different health system units. Norm-setting was established first for format and usage and then for content.

Initially professionals had different initial perceptions of CP. Individual sensemaking of renewed practice with CP, first based on their experiences was fueled by collaboration and dialogue with proximal networks about anticipated benefits. That first process is linked to the second process because positive innovation perceptions can lead to the involvement of key actors during the elaboration phase by a subgroup. That initial collaboration effort affected the rest of the physicians and nurses at an FMG. Once CP approval was obtained, satisfaction from early utilization fostered CP greater assimilation within FMG and diffusion in outer setting. Third process, norm-setting, was accentuated over time.

Implications for healthcare

This study highlights intricate processes that explain heterogeneous changes observed in Quebec primary care (Gilbert et al., 2015) which have resonance with Ontario Family Health Teams studies (Gocan, Laplante, & Woodend, 2014) and therefore that could guide further research efforts. Regulations, scientific evidence, physical proximity and interaction do not guarantee increased collaboration. Diabetes care, similar to many chronic diseases, requires the expertise of many professionals who must work together efficiently. The formalization process may be a highly recommended way to achieve shared care. Our data

reaffirm that evidence-based practice reforms will progress if attention is paid to human interactions and sociopolitical perspectives (Barnett, Vasileiou, Djemil, Brooks, & Young, 2011; Pineault et al., 2005; Sargeant, Loney, & Murphy, 2008).

Conclusion

This paper describes and explains how a process-based innovation was implemented and contributed to primary care reform aims. CPD uptake relied on three processes, and all processes were necessary to create a dynamic context that intensified nurse and physician collaboration in FMGs. The present study contributes to a crucial research area pointed out by two systematic reviews of innovation implementation in primary care: a) an investigation of how factors interact and evolve rather than listing barriers and facilitators, b) a study of the roles played by regulatory bodies and c) a detailed description of multilevel key elements and the fit between the intervention and the context. Our findings demonstrate that neither quantitative nor qualitative results by themselves could have provided an understanding of the implementation process and effects.

Limitations and Strengths

Our mixed-methods study combined two known innovation research methods (Touati & Denis, 2013). Principles of coherence, planning, transparency and a chain of proof (Bourgault, Gallagher, Michaud, & Saint-Cyr-Tribble, 2010; Pluye et al., 2009), recognized criteria (Teddlie & Tashakkori, 2009), and recommendations for the data integration process (Bryman, 2008) have guided us. Some limitations must be addressed. For Phase 1, internal limitations of validity include the face-value questionnaire and the TCI scoring method. Recruitment strategy for survey may have introduced participation and information bias. Testing numerous variables with a small sample and a small number of CPD users could lead to type 1 errors. In Phase 2, one main shortcoming was the difficulty in sorting out the contribution of CPDs from CPs on increasing collaboration. This detail is likely either a lack of precision in data collection or a reflection on the possibility that CP and CPD are inseparable intermediate objects. CPD intensity scoring method was introduced by this study.

Some strengths can be underlined. In phase 1, the response rate was comparable to the CPFC survey, and our sample was representative of the wide FMG population. In phase 2, Confirmability was reinforced by announcing the explicit criteria before the study started. Credibility was supported by the friendly outsider perspective of the first author (who is a health psychologist who worked for eight years on a hospital diabetes multidisciplinary team and is able to provide an informed point of view without preconceptions or intense emotions about the topic); researchers checking the written material through individual and group consultations; exploring contrasting data and rival explanations during data collection, coding, validation and interpretation; and triangulation (theories, methods and sources). Transferability required details on respondents, context and processes. Reproducibility guided a rigorous archiving process (including recruitment documents, collected and transformed data, and researcher's memos) on one database paired with a detailed description of the respondents, context and research steps. Reflexivity was cultivated by revising the collected data, consulting relevant literature and frequent discussions among the research team about methods and results.

Our study was attentive to multiple actors and gave a voice to those who were immersed in the action. As mixed method study, it describe a social phenomenon and propose plausible explanations. However, schema oversimplify reality and its relevance might be limited. Investigating the point of view of meso- and macro-level actors, adding multiple cases of FMGs with contrasting CPD implementation intensity or reproducing our design to explore another CP or another process-based innovation would be interesting avenues for future research.

REFERENCES

- Alvarado, K. (2007). Factors influencing implementation of medical directives by registered nurses: The experience of a large Ontario teaching hospital. *Nursing Leadership*, 20(1), 72-90. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17472142>
doi:10.12927/cjnl.2007.18787
- Anderson, N. R., & West, M. A. (1998). Measuring climate for work group innovation: Development and validation of the team climate inventory. *Journal of Organizational Behavior*, 19(3), 235-258. doi:10.1002/(SICI)1099-1379(199805)19:3<235::AID-JOB837>3.0.CO;2-C
- Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux. (2009). *Résultats du sondage sur l'application de la loi 90*. Retrieved from Montréal: <https://www.aqesss.qc.ca>
- Bainbridge, L. A. (2009). *The power of prepositions: Learning with, from, and about others in interprofessional health education* (Theses). Available at ProQuest Dissertations & Theses. (3367836)
- Baptista, D. R., Wiens, A., Pontarolo, R., Regis, L., Reis, W. C. T., & Correr, C. J. (2016). The Chronic Care Model for type 2 diabetes: A systematic review. *Diabetology and Metabolic Syndrome*, 8(7). doi:10.1186/s13098-015-0119-z
- Barnett, J., Vasileiou, K., Djemil, F., Brooks, L., & Young, T. (2011). Understanding innovators' experiences of barriers and facilitators in implementation and diffusion of healthcare service innovations: A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 11. doi:10.1186/1472-6963-11-342
- Beaulieu, M.-D., Denis, J. L., D'Amour, D., Goudreau, J., Haggerty, J., Hudon, É., . . . Lebeau, R. (2006a). *L'implantation des Groupes de médecine de famille : le défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle* (pp. 27). Retrieved from http://www.ferasi.umontreal.ca/fra/07_info/Rapport_GMF_mars_2006_F.pdf
- Beaulieu, M.-D., Denis, J. L., D'Amour, D., Goudreau, J., Haggerty, J., Hudon, É., . . . Lebeau, R. (2006b). *L'implantation des Groupes de médecine de famille: le défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle* (pp. 27). Retrieved from http://www.ferasi.umontreal.ca/fra/07_info/Rapport_GMF_mars_2006_F.pdf
- Beaulieu, M.-D., Dragieva, N., Del Grande, C., Dawson, J., Haggerty, J., & Barnsley, J. (2014). The Team Climate Inventory as a measure of primary care teams' processes: Validation of the French version. *Healthcare Policy*, 9(3), 40-54.
- Blonde, L., Merilainen, M., Karwe, V., & Raskin, P. (2009). Patient-directed titration for achieving glycaemic goals using a once-daily basal insulin analogue: An assessment of two different fasting plasma glucose targets - the TITRATE study. *Diabetes, Obesity & Metabolism*, 11(6), 623-631. doi:10.1111/j.1463-1326.2009.01060.x
- Bolen, S. D., Chandar, A., Falck-Ytter, C., Tyler, C., Perzynski, A. T., Gertz, A. M., . . . Windish, D. M. (2014). Effectiveness and safety of patient activation interventions for adults with type 2 diabetes: Systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Journal of General Internal Medicine*, 29(8), 1166-1176. doi:10.1007/s11606-014-2855-4

- Boon, H., Verhoef, M., O'Hara, D., & Findlay, B. (2004). From parallel practice to integrative health care: A conceptual framework. *BMC Health Services Research*, 4(15). doi:10.1186/1472-6963-4-15
- Bourgault, P., Gallagher, F., Michaud, C., & Saint-Cyr-Tribble, D. (2010). Le devis mixte en sciences infirmières ou quand une question de recherche appelle des stratégies qualitatives et quantitatives. *Recherche en Soins Infirmiers*, 4(103), 20-28. doi:10.3917/rsi.103.0020
- Braga, A. (2010). Treatment gaps in the management of cardiovascular risk factors in patients with type 2 diabetes in Canada. *Canadian Journal of Cardiology*, 26(6), 297-302. doi:10.1016/S0828-282X(10)70393-7
- Bryman, A. (2008). Why do researchers integrate/combine/mesh/mix/merge/fuse quantitative and qualitative research? In M. M. Bergman (Ed.), *Advances in Mixed Methods Research* (pp. 87-100). Los Angeles, CA: Sage Publications. doi:10.4135/9780857024329
- Burnard, P. (1991). *A method of analysing interview transcripts in qualitative research*. (0260-6917). Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/026069179190009Y>.
- Clair, M. (2000). *Les solutions émergentes : rapport et recommandations. Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux*. Retrieved from <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000614/>.
- Clark, C., Smith, L., Taylor, R., & Campbell, J. (2011). Nurse-led interventions used to improve control of high blood pressure in people with diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Diabetic Medicine*, 28(3), 250-261. doi:10.1111/j.1464-5491.2010.03204.x
- Comino, E. J., Harris, M. F., Islam, M. D., Tran, D. T., Jalaludin, B., Jorm, L., . . . Haas, M. (2015). Impact of diabetes on hospital admission and length of stay among a general population aged 45 year or more: A record linkage study. *BMC Health Services Research*, 15, 12. Retrieved from doi:10.1186/s12913-014-0666-2
- Conley, S. (2008). *Interprofessional collaboration between doctors and chronic disease prevention nurses in the primary care setting* (Dissertation). Available from ProQuest Dissertations & Theses Global. (304828390).
- D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J., San Martín-Rodriguez, L., & Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, 8(1), 1. doi: 10.1186/1472-6963-8-188.
- Davy, C. (2015). Effectiveness of Chronic Care Models: Opportunities for improving healthcare practice. *BMC Family Practice*, 15(194). doi:10.1186/s12913-015-0854-8
- Dillman, D. A., Smyth, J. D., & Christian, L. (2008). *Internet, mail, and mixed-mode surveys: The tailored design method*. (3 ed.). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Fitzgerald, L., Ferlie, E., Wood, M., & Hawkins, C. (2002). Interlocking interactions, the diffusion of innovations in health care. *Human Relations*, 55(12), 1429-1449. doi:10.1177/001872602128782213
- Formanowicz, M., & Sczesny, S. (2016). Gender-fair language and professional self-reference: The case of female psychologists in Polish. *Journal of Mixed Methods Research*, 10(1), 64-81. doi:10.1177/1558689814550877

- Furler, J., Spitzer, O., Young, D., & Best, J. (2011). Insulin in general practice: Barriers and enablers for timely initiation. *Australian Family Physician*, 40(8), 617-621. Retrieved from <http://www.racgp.org.au/download/documents/AFP/2011/August/201108furler.pdf>
- Gilbert, F., Denis, J.-L., Lamothe, L., Beaulieu, M.-D., D'Amour, D., & Goudreau, J. (2015). Reforming primary healthcare: From public policy to organizational change. *Journal of Health Organization and Management*, 29(1), 92-110. doi:10.1108/JHOM-12-2012-0237
- Gocan, S., Laplante, M. A., & Woodend, K. (2014). Interprofessional collaboration in Ontario's Family Health Teams: A review of the literature. *Journal of Research in Interprofessional Practice and Education*, 3(3).
- Goderis, G., Borgermans, L., Mathieu, C., Van Den Broeke, C., Hannes, K., Heyrman, J., & Grol, R. (2009). Barriers and facilitators to evidence based care of type 2 diabetes patients: Experiences of general practitioners participating to a quality improvement program. *Implementation Science*, 4, 41. doi:10.1186/1748-5908-4-41
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *The Milbank quarterly*, 82(4), 581-629. Retrieved from doi:10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x
- Greiver, M., Williamson, T., Barber, D., Birtwhistle, R., Aliarzadeh, B., Khan, S., . . . Katz, A. (2014). Prevalence and epidemiology of diabetes in Canadian primary care practices: A report from the Canadian Primary Care Sentinel Surveillance Network. *Canadian Journal of Diabetes*, 38(3), 179-185. doi:10.1016/j.jcjd.2014.02.030
- Guilbert, E. R., Robitaille, J., Guilbert, A. C., & Morin, D. (2014). Determinants of the implementation of a new practice in hormonal contraception by Quebec nurses. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 23(1), 34-48. doi:10.3138/cjhs.23.1-A1
- Health Council of Canada. (2007). *Why health care renewal matters – lessons from diabetes : A health outcomes report*. Retrieved from http://publications.gc.ca/collections/collection_2007/hcc-ccs/H174-5-2007E.pdf
- Jean, E., & Sylvain, H. (2010). Exploration des suivis systématiques de clientèles en Groupe de médecine de famille (GMF) selon la perspective des infirmières de 12 régions du Québec. *L'infirmière clinicienne*, 7(1), 1-8. Retrieved from http://revue-infirmiereclinicienne.uqar.ca/Parutions/pdf/InfirmiereClinicienne-vol7no1-Jean_Sylvain.pdf
- Kislov, R., Harvey, G., & Walshe, K. (2011). Collaborations for leadership in applied health research and care: Lessons from the theory of communities of practice. *Implementation Science*, 6(1), 64. doi:10.1186/1748-5908-6-64
- Lau, R., Stevenson, F., Ong, B. N., Dziedzic, K., Treweek, S., Eldridge, S., . . . Murray, E. (2016). Achieving change in primary care—causes of the evidence to practice gap: Systematic reviews of reviews. *Implementation Science*, 11, 40. doi:10.1186/s13012-016-0396-4
- Leiter, L. A., Berard, L., Bowering, C. K., Cheng, A. Y., Dawson, K. G., Ekoe, J. M., . . . Langer, A. (2013). Type 2 diabetes mellitus management in Canada: Is it improving? *Canadian Journal of Diabetes*, 37(2), 82-89. doi:10.1016/j.jcjd.2013.02.055
- McDonald, J., Jayasuriya, R., & Harris, M. F. (2012). The influence of power dynamics and trust on multidisciplinary collaboration: A qualitative case study of type 2 diabetes mellitus. *BMC*

- Health Services Research*, 12, 1-10. doi:10.1186/1472-6963-12-63; 10.1186/1472-6963-12-63
- Mendizabal, A. G., Solinís, N. R., & González, Z. I. (2013). HOBE+, a case study: A virtual community of practice to support innovation in primary care in Basque Public Health Service. *BMC Family Practice*, 14(168). doi:doi.org/10.1186/1471-2296-14-168
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2005). *Devenir un GMF : Guide d'accompagnement*. Ministère de la santé et des services sociaux Retrieved from http://www.csss.qc.ca/webfolder_download/fd325ac04f697b24311298a6d9ed57aa/guide_accompagnement__maj_mai_2009_.pdf.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017). Le Québec peut maintenant compter sur plus de 300 groupes de médecine de famille [Press release]. Retrieved from <http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/salle-de-presse/ficheCommunique.php?id=1309><http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/salle-de-presse/ficheCommunique.php?id=1309>
- Moorhead, R. (1995). Sharing care between allied health professionals and general practitioners. *Australian Family Physician*, 24(11).
- Ordre des Pharmaciens du Québec. (2009). Ordonnances collectives : le patient doit demeurer en centre des priorités de tous les professionnels. *L'Interaction: Bulletin de l'Ordre des Pharmaciens du Québec*, February, 1-2.
- Ouwens, M., Hulscher, M., Akkermans, R., Hermens, R., Grol, R. et Wollersheim, H. (2008). The Team Climate Inventory: Application in hospital teams and methodological considerations. *Quality & Safety In Health Care*, 17(4), 275-280. doi: 10.1136/qshc.2006.021543
- Pineault, R., Tousignant, P., Roberge, D., Lamarche, P., Reinharz, D., Larouche, D., . . . Lesage, D. (2005). *Collectif de recherche sur l'organisation des services de santé de première ligne au Québec : rapport détaillé*: Direction de santé publique, Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal.
- Pluye, P., Nadeau, L., Gagnon, M.-P., Grad, R., Johnson-Lafleur, J., & Griffiths, F. (2009). Les méthodes mixtes. In V. Riddle & C. Dagnenais (Eds.), *Approches et pratiques en évaluation de programme* (pp. 123-141). Montréal, Canada: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Pomey, M.-P., Martin, E., & Gerlier Forest, P. (2009). Quebec's Family Medicine Groups: Innovation and compromise in the reform of front-line care. *Canadian Political Science Review*, 31-46. Retrieved from www.queensu.ca/.../Pomey--QuebecsFamilyMedicineGroups.pdf
- Pope, C., & Mays, N. (2007). Qualitative methods in health research. In C. Pope (Ed.), *Qualitative Research in Health Care* (pp. 1-11). Massachusetts: Blackwell Publishing Ltd.
- Public Health Agency of Canada. (2011). *Diabetes in Canada: Facts and figures from a public health perspective*. Retrieved from <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/diabetes-diabete/index-fra.php>.
- Pullon, S. (2008). Competence, respect and trust: Key features of successful interprofessional nurse-doctor relationships. *Journal Of Interprofessional Care*, 22(2), 133-147. doi:10.1080/13561820701795069

- Rico, R., Sanchez-Manzanares, M., Gil, F., & Gibson, C. (2008). Team implicit coordination processes: A team knowledge-based approach. *Academy of Management Review*, 33(1), 163-184.
- Rodriguez, C., & Pozzebon, M. (2010). The implementation evaluation of primary care groups of practice: A focus on organizational identity. *BMC Family Practice*, 11, 15. doi:10.1186/1471-2296-11-15
- Rogers, M. E. (1983). *Diffusion of innovations* (3 ed.). New York: Free Press.
- Romanow, R. J. (2002). *Building on values. The future of health care in Canada - Final report*. Retrieved from publications.gc.ca/collections/Collection/CP32-85-2002E.pdf
- Roy, D., & Sylvain, H. (2004). La pratique infirmière en GMF et son contexte d'interdisciplinarité. *Perspective infirmière*, 2(Septembre/ Octobre), 16-26.
- San Martin-Rodriguez, L., Beaulieu, M.-D., D'Amour, D., & Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal Of Interprofessional Care*, 19(Suppl 1), 132-147. doi:10.1080/13561820500082677
- Sargeant, J., Loney, E., & Murphy, G. (2008). Effective interprofessional teams: "contact is not enough" to build a team. *The Journal of continuing education in the health professions*, 28(4), 228-234. doi:10.1002/chp.189
- Shojania, K. G., Ranji, S. R., McDonald, K. M., Grimshaw, J. M., Sundaram, V., Rushakoff, R. J., & Owens, D. K. (2006). Effects of quality improvement strategies for type 2 diabetes on glycemic control: A meta-regression analysis. *Journal of American Medical Association*, 296(4), 427-440. doi:10.1001/jama.296.4.427
- Teddlie, C., & Tashakkori, A. (2009). *Foundations of mixed methods research: Integrating quantitative and qualitative approaches in the social and behavioral sciences*. Los Angeles, CA: Sage Publications.
- Touati, N., & Denis, J.-L. (2013). Analyse critique de la littérature scientifique portant sur l'innovation dans le secteur public : bilan et perspectives de recherche prometteuses. *Télescope*, 19(2), 21. doi:10.7202/1023837ar
- Tsai, A. C., Morton, S. C., Mangione, C. M., & Keeler, E. B. (2005). A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illness. *American Journal of Managed Care*, 11(8), 478-488.
- Vedel, I., Ghadi, V., De Stampa, M., Routelous, C., Bergman, H., Ankri, J., & Lapointe, L. (2013). Diffusion of a collaborative care model in primary care: A longitudinal qualitative study. *BMC Family Practice*, 14(1), 1-9. doi:10.1186/1471-2296-14-3
- Vinck, D. (2003). L'instrumentation du travail interdisciplinaire: cadrage des échanges et médiation par les objets intermédiaires. *Esprit critique*, 5(1), 1-9. Retrieved from <http://www.espritcritique.fr/0501/esp0501article05.html>.
- Von Korff, M., Gruman, J., Schaefer, J., Curry, S. J., & Wagner, E. H. (1997). Collaborative management of chronic illness. *Annals of Internal Medicine*, 127(12), 1097-1102. doi:10.7326/0003-4819-127-12-199712150-00008
- Weick, K. E., Sutcliffe, K. M., & Obstfeld, D. (2005). Organizing and the Process on sensemaking. *Organization Science*, 16(4), 409-421. doi:10.1287/orsc.1050.0133

- West, M. A. (1990). Social psychology of innovation in groups. In M. A. West & J. Farr (Eds.), *Innovation and creativity at work: Psychological and organisational strategies* (pp. 309-334). Chichester, United Kingdom: John Wiley.
- Wilkinson, J. (2015). Nurses' reported use of standing orders in primary health care settings. *Journal of Primary Health Care*, 7(1), 34-41. doi:10.1071/HC15034
- World Health Organization. (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. Retrieved from http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/.
- Zhang, P., Zhang, X., Brown, J., Vistisen, D., Sicree, R., Shaw, J., & Nichols, G. (2010). Global healthcare expenditure on diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes research and clinical practice*, 87(3), 293-301. doi:10.1016/j.diabres.2010.01.026

Second article

Titre. Retombées des ordonnances collectives dans le suivi diabétique conjoint en soins primaires : une étude de cas

Auteurs. Bois, Caroline; Michaud, Cécile; Pineault, Raynald; Guay, Maryse.

Statut de l'article. Publié

Revue. *Santé Publique* 2015/HS (S1), p. 111-118.

Nombre de mots. 5 000 mots

Contribution de l'étudiant à la rédaction et au travail de recherche

Comme pour le premier article, l'étudiante-chercheuse a réalisé la conception du projet de recherche, la rédaction du protocole de recherche, les démarches auprès des nombreux comités d'éthique et des comités en charge de l'examen de convenance, l'approche du responsable du milieu participant à l'étude de cas, le recrutement des participants, la collecte des données, l'analyse et l'interprétation des résultats, la diffusion des résultats auprès des employés et professionnels de ce milieu ainsi que la rédaction du présent article. Les co-auteurs ont accompagné l'étudiante-chercheuse depuis la réflexion sur le protocole, sa révision, ont contribué au co-codage d'une partie des données brutes, la validation des analyses préliminaires par la triangulation d'expertise et révisé le présent article. Ils ont offert leur accord pour que cet article soit intégré à la thèse.

Résumé en français

Le fardeau des maladies chroniques commande de repenser l'organisation des services et la prestation des soins. Des aménagements parfois organisationnels, parfois législatifs permettent aux non-médecins d'être plus actifs dans le suivi des maladies chroniques. Au Québec, depuis 2003, une nouvelle structure organisationnelle, les groupes de médecine de famille, et une nouvelle modalité d'ordonnance médicale, les ordonnances collectives (OC), se déploient progressivement. Un cas-type a été retenu parmi 53 participants à une enquête provinciale afin d'explorer les retombées des OC sur les pratiques professionnelles, les interactions médecin-infirmière-patient et l'autogestion dans le contexte du suivi diabétique. Quinze heures d'observation, 200 documents et des entrevues individuelles auprès de dix patients, trois infirmières et huit médecins ont été analysés. Unanimement, les participants reconnaissent que l'autogestion est stimulée par le suivi conjoint. Bien que des conditions liées aux professionnels et aux patients modulent leurs interactions, la triade s'orchestre efficacement selon un mouvement de convergence. Pour les professionnels, les OC permettent une meilleure concordance entre leur emploi du temps, leurs compétences et le sens qu'ils accordent à leur pratique. Pour les patients, la progression de leurs compétences à l'autogestion et l'accès aisé aux soins sont rassurants. Des moyens concrets comme les OC modifient la prestation des soins en misant sur la collaboration professionnelle et facilitent la mobilisation des patients, en accord avec le *Chronic Care Model* (CCM) [1].

Mots-clés : Relations professionnel de santé – patient ; Diabète ; Comportement coopératif; Autosoins ; Ordre permanent.

Résumé en anglais

The burden of chronic disease requires a new organization of medical care and services. Enhancing collaboration among front-line caregivers facilitates access to care and optimizes follow-up. As a result, a new organizational structure has been gradually deployed in Quebec since 2003. Family Medicine Groups (FMGs) use a new type of standing order, prescribing details of care. Among 53 FMGs surveyed, an exemplary group was identified that most successfully instituted more and higher-impact standing orders. This single case study explored the impact of standing orders used for diabetes follow-up on professional practices, physician-nurse-patient interactions and patient self-management. The data collected and analyzed were derived from more than 200 documents, 15 hours of observation in the clinic, and individual interviews of ten patients, three nurses and eight doctors. Standing orders formalizing the joint follow-up of diabetic patients both increased professional collaboration and improved patient-professional interactions. As professionals and patients achieved a better consensus, patient self-management was improved. Ultimately, for professionals, standing orders facilitate a better match between the use of their time and skills, and their aspirations for practice. Patients are reassured and empowered by ready access to care and their progress in self-management skills. Concrete measures, such as standing orders, modify care delivery by reinforcing professional collaboration, and facilitate patient self-care, in accordance with the Chronic Care Model (CCM) [1].

Keywords: *Professional-patient relations; Diabetes mellitus; Cooperative behavior; Self-care; Standing order.*

Introduction

L'autogestion des patients et la collaboration professionnelle sont des leviers incontournables pour optimiser le suivi et limiter les complications du diabète [2]. Comme le recommandent les lignes directrices européennes, américaines et canadiennes, le traitement diabétique devrait être amorcé tôt et être énergique. Une méta-analyse [3] avance que les cibles thérapeutiques sont mieux atteintes lorsqu'un gestionnaire de cas peut ajuster le traitement des personnes diabétiques, sans consultation préalable du médecin traitant, en utilisant des protocoles préétablis. Selon les législations nationales, différents dispositifs ont été prônés pour permettre cette marge de manœuvre aux non-médecins, *via* les *standing orders* [4] ou les *medical directives* [5]. Au Québec, les ordonnances collectives (OC) peuvent avoir cette fonction et permettent aux infirmières d'avoir un rôle élargi. Les OC devaient être une modalité prépondérante des groupes de médecine de famille (GMF), organisation en soins primaires établie depuis 2002, afin d'améliorer, entre autres, l'accès aux soins [6]. Toutefois, les OC s'y sont déployées de façon variable [7]. À notre connaissance, aucune étude ne précise les retombées des OC utilisées pour le suivi diabétique (OCD), ce qui justifie la présente proposition.

Méthode

Pour explorer les retombées des OCD sur la pratique professionnelle, la collaboration professionnelle et l'autogestion des diabétiques, la méthode d'étude de cas unique a été retenue [8]. Approuvée par les comités d'éthique et de convenance interpellés, cette étude de cas est le volet II d'un projet de recherche qualifié de mixte séquentiel explicatif [9] dont le volet I, une enquête provinciale, a permis d'identifier un « champion » en matière d'OCD déployées parmi les 53 GMF participants.

De novembre 2012 à octobre 2013, au sein du GMF champion, une collecte d'information a inclus des entrevues semi-structurées, 15 heures d'observation non participative enrichie de la consultation de la plateforme informatique interne et de plus de 200 documents. Deux guides d'entrevue distincts (médecins-infirmières/patients) ont été élaborés, composés de questions ouvertes suscitant la description et la réflexion à propos du suivi avec les OCD.

Les patients adultes, approchés par leurs infirmières, devaient s'exprimer en français et être en suivi conjoint depuis au moins cinq mois. Ce dernier critère a favorisé le recrutement de patients favorables au suivi conjoint. L'échantillon raisonné comprend une variété de profils de patients (traitement, comorbidité, occupation, infirmière dédiée et genre). Une patiente a refusé de participer. Travaillant au GMF depuis au moins deux ans, 21 médecins ont été invités, huit ont participé, les non-participants n'ont pas eu à préciser leurs motifs. Les infirmières cliniciennes actives au lancement du GMF l'ont quitté avant l'étude, celles qui ont participé y travaillaient depuis plus de deux ans. La première auteure qui est psychologue a présenté le consentement et mené les entrevues auprès de tous les participants (tableau I).

Avec le logiciel NVivo 10, dès la transcription de la première entrevue, l'analyse selon la méthode Burnard [10] a débuté afin d'optimiser la collecte subséquente. Elle met en avant les convergences des propos et des informations recueillies puis les intègre à un niveau interprétatif [11] en produisant un schéma [12] et une narration [13]. La crédibilité, la transparence et la transférabilité sont soutenues par la triangulation (sources/méthodes), la vérification par les participants, la codification par un second juge, la recherche systématique d'éléments appuyant des interprétations contraires, le consensus des chercheurs, la rédaction de mémos, l'archivage des résultats intermédiaires, la description des participants et du milieu de soin. Ces efforts ne peuvent toutefois pas lever l'incertitude quant aux effets des *a priori* du chercheur, des biais de sélection et de participation.

Résultats

Description du cas

Créé avant 2005, dès la première vague de création, ce GMF est né d'un noyau de médecins de famille travaillant déjà ensemble auquel se sont jointes deux infirmières travaillant à temps plein, détentrices d'un diplôme de 1^{er} cycle universitaire. De taille moyenne, il compte aujourd'hui 24 médecins de famille et dessert près de 21 000 patients inscrits dont plus de 155 diabétiques ont été suivis conjointement. En juin 2011, au total 36 OC étaient en vigueur dont 16 reliées à une technique de soins, 20 à la médication et six concernant le diabète (tableau II).

**Tableau I - Description des participants (n = 21) et des modalités d'entrevues
(Québec, 2013)**

Description des participants									Modalités d'entrevues		
Médecins : rôles (administratif-clinique); ancienneté (fondateur GMF, travaillant > 2 ans au GMF); expérience en 1 ^{re} ligne (< ou > 10 ans); genre (M, F) Infirmières : idem md Patients : traitement (HGO = hypoglycémiant, INS = insuline); fréquence du suivi au cours du dernier mois (j = jours); durée du suivi conjoint (M = mois); comorbidité autre qu'hypertension ou hypercholestérolémie; occupation; mobilité; infirmière dédiée au suivi (inf1, inf2); genre (M, F)									Visée	Durée	Lieu
									Nombre + Visée E = exploration VI = vérification immédiate VU = vérification ultérieure	min	B = bureau T = téléphone D = domicile E = emploi patient
Médecins											
1	Gestionnaire actuel - clinicien	Fondateur	> 10	F	1 E + VI	60	B				
2	Gestionnaire actuel – clinicien	Fondateur	> 10	M	1 E + VI	45	B				
3	Représentante au comité territorial sur les OC – clinicien	Fondateur	> 10	F	1 E + VI	45	B				
4	Gestionnaire initial – clinicien	Fondateur	> 10	M	1 E + VI	40	B				
5	Responsable formation continue – clinicien	Fondateur	> 10	F	1 E + VI	35	B				
6	Clinicien	> 2 ans	> 10	F	1 E + VI	60	B				
7	Clinicien	> 2 ans	< 10	F	1 E + VI	30	B				
8	Clinicien	> 2 ans	< 10	F	1 E + VI	25	B				
Infirmières											
1	Clinicien	> 2 ans	< 10	F	2 E 1 VU 1 VU	30 35 25	B B T				
2	Clinicien	> 2 ans	< 10	F	1E 1VU	30 35	B				
3	Conseillère extra-muros	Fondateur	> 10	F	1 E + VI	40	T				
Patients											
1	INS 7 j 7 m	Comorbidité	Sans emploi	Réduite	Inf1	F	1E, 1VU	90 60	D		
2	HGO 15 j 6 m	Comorbidité	Sans emploi	Réduite	Inf1	M	1 E + VI	75	D		
3	INS 7 j 6 m	Comorbidité	Retraite	Réduite	Inf1	M	1E 1VI	60 20	D T		
4	INS 7 j 18 m	Comorbidité	Sans emploi	Limitée	Inf1	F	1 E + VI	75	D		
5	INS 7 j 12 m	Comorbidité	Travail	Optimale	Inf2	F	1 E + VI	60	E		
6	INS 4 j 15 m		Travail	Optimale	Inf1	M	1 E 1 VU	60 20	D T		
7	INS 14 j 12 m		Retraite	Optimale	Inf1	M	1 E 1 VU	90 60	D D		
8	INS 7 j 12 m		Travail	Limitée	Inf1	M	1 E 1 VU	90 60	D D		
9	HGO 7 j 5 m		Travail	Optimale	Inf2	M	1 E 1 VU	60 20	E T		
10	HGO 14 j 5 m		Travail	Optimale	Inf2	M	1 E + VI	74	D		

Tableau II - Informations sur les OCD en vigueur selon la date d'entrée en vigueur, le type, l'objet et la clientèle visée

Date d'entrée	Type	Objet	Clientèle visée
11-2005	Médication	Initier et administrer du glucose <i>per os</i> lors d'un épisode d'hypoglycémie chez un patient dont l'état de conscience n'est pas altéré	Enfant Adulte
11-2005	Médication	Administrer du glucagon lors d'hypoglycémie chez le patient dont l'état de conscience est altéré	Enfant Adulte
04-2006	Médication	Ajuster le dosage d'insuline lors du suivi de la clientèle diabétique	Adulte
03-2008	Technique de soin	Initier les mesures diagnostiques et thérapeutiques pour le contrôle glycémique pour les patients diabétiques de type 1 ou II (HbA1c)	Adulte
03-2008	Médication	Ajuster l'antihyperglycémiant oral (chlorhydrate de metformine) et/ou l'hypoglycémiant oral (glyburide) lors du suivi de la clientèle diabétique	Adulte
03-2011	Technique de soin	Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques à des fins de dépistage dans le cadre des activités préventives (glycémie chaque 3 ans : glucose, bilan lipidique chaque 3 ans : HDL-LDL, cholestérol total, triglycérides)	Adulte ^a

Note. ^a Cet item concerne les patients sans risque (âgés de 40-60 ans) et ceux avec au moins deux facteurs de risque (âgés de 18-60 ans). Élargissement de l'OC datée du 03-2008.

Schéma

Le schéma présente les retombées des OCD (figure 1). La section de gauche concerne les professionnels, celle de droite le patient, au centre leurs interactions. Trois niveaux de lecture sont possibles. Les thèmes dans les ellipses constituent le premier niveau de lecture. Ils sont emboîtés l'un dans l'autre afin de souligner leur porosité et leur influence réciproque (ex : les interactions infirmière-patient font partie de l'autogestion qui, elle-même, s'inscrit dans la trajectoire de vie du patient). Les ellipses fléchées conduisent à des précisions sur le thème

nommé au niveau supérieur. Ainsi au deuxième niveau, l'interaction infirmière-patient satisfaisante se détaille comme étant un échange personnalisé fréquent, centré sur une situation récente qui a une rétroaction positive/encourageante, et un ajustement rapide et sécuritaire de la médication. Le troisième niveau de lecture renseigne sur le processus à l'œuvre dans la triade, nommé convergence. Elle est possible en raison de la collaboration professionnelle intensifiée qui permet des interactions infirmière-patient dans le cadre d'un suivi conjoint (ellipse fléchée pointillée de gauche). La convergence s'orchestre à partir de la capacité de chaque partenaire à moduler les interactions de la triade, à manifester sa réceptivité et ses visées. La représentation en diagramme en secteur illustre qualitativement qu'autant le médecin, le patient et l'infirmière manifestent ces trois éléments. Le troisième niveau précise, en caractère gras, les résultantes ultimes; à gauche pour les professionnels, à droite pour le patient. Le schéma est commenté et appuyé par des *verbatim*. Une narration, dans l'encadré 1, illustre le processus de convergence.

Niveau 1

La vision de sa pratique, comme médecin ou infirmière, et l'étendue de pratique envisagée au sein de cette nouvelle entité clinique s'inscrivent dans une trajectoire professionnelle. Elles modulent les pratiques collaboratives initiales et l'intensification de la collaboration au sein du GMF.

Médecin 2 « D'abord il fallait comprendre le travail des infirmières en GMF. Moi je suis un médecin d'urgence. Pour moi l'infirmière c'est de l'or en barre mais je n'avais pas l'expérience de travailler avec des infirmières en clinique ».

Médecin 3 « On n'avait pas envie de continuer à faire du suivi de diabète, de prescrire l'hémoglobine glyquée chaque trois mois, et puis de monter les insulines avec un téléphone tous les deux jours, ou de faire venir le patient trois fois par semaine pour monter ses insulines... Ce n'était pas intellectuellement satisfaisant; on trouvait que nos compétences médicales n'étaient pas bien utilisées. Si on veut voir les patients les plus malades, si on veut en prendre plus en charge, il faut déléguer les choses que les infirmières peuvent faire aux infirmières, et les infirmières sont meilleures que nous, les études le prouvent, pour suivre les diabétiques; elles ont un meilleur contrôle du diabète. On a plusieurs données sur ça ».

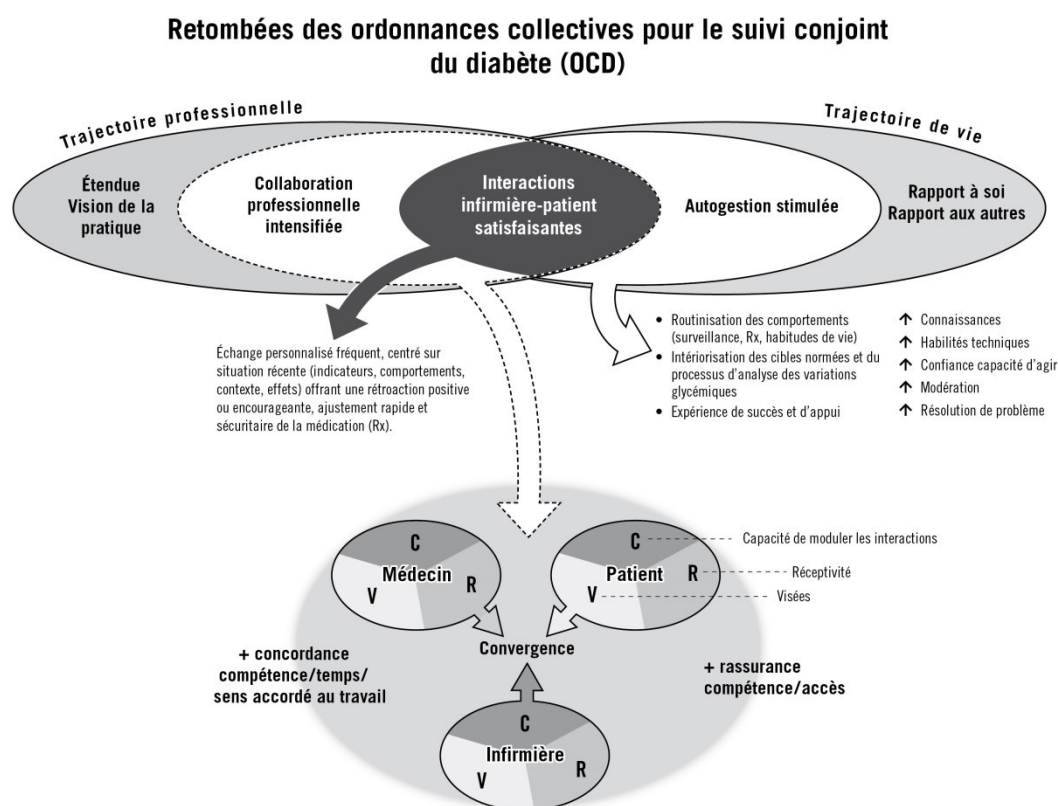


Figure 1. Retombées des ordonnances collectives pour le suivi conjoint du diabète.

Médecin 7 « *Systématiquement, maintenant, lorsque mes patients prennent deux ou plus médicaments ou de l'insuline pour le diabète, je les réfère aux infirmières pour faire un suivi en alternance. Parce que, souvent, ces patients ont d'autres problèmes; quand je les vois, si on patauge dans l'insuline, on n'a pas le temps de régler d'autres affaires* ».

Les OCD permettent à l'infirmière d'étendre sa pratique autonome dans un cadre sûr pour lequel ses compétences sont mises à profit. Pendant le suivi, l'infirmière occupe un rôle d'intervenant pivot.

Infirmière 1 « *Cela nous permet de faire un meilleur enseignement aussi* ».

Infirmière 2 « *Il y en a beaucoup [patients inscrits] qui ne savent pas qu'il y a des infirmières; c'est vraiment ceux que les médecins nous réfèrent pour des ajustements, comme le coumadin ou les maladies chroniques comme le diabète. Ceux-là, on les appelle régulièrement; s'ils ont quelque chose, c'est nous la personne-clé, la personne-ressource à la clinique* ».

Selon la perspective du patient, le diabète s'inscrit dans une trajectoire de vie plus large. Autogérer ses soins et interagir avec l'infirmière se fait en résonance les expériences vécues « avec son corps » (exemple : cancer, accident, alcoolisme, suivis médicaux antérieurs) et comme acteur social (exemple : occupation, isolement social, pauvreté). Être accueilli avec respect et bienveillance favorise la reconnaissance de sa valeur comme être unique et met en perspective sa propre façon de se considérer, de se soigner.

Patient 2 « [...] ma santé, moi, depuis que je ne travaille plus [rires] Je suis un homme fini [...] Je me fiche de ma santé, mais quand un médecin me dit une affaire, les mots du médecin comptent pour moi. Mais je me fous de ma santé [...] Elle [infirmière] est fine avec moi, je me sens important ».

Encadré 1 : Illustration du mouvement de convergence (Québec, 2013)

Lors de son rendez-vous annuel, le médecin propose à M. Fortier un suivi conjoint avec l'infirmière « pour mieux faire les choses ». Le patient est réceptif, car il appréhende beaucoup l'insuline. Le médecin se sent appuyé par l'infirmière, car il est en mesure d'offrir un traitement qui répond à ses standards de pratique sans être mobilisé directement par le fardeau des suivis fréquents et dispendieux en temps. Il reverra le patient dans six mois. La réceptionniste offre trois plages de rendez-vous au patient au cours des deux semaines suivantes avec l'infirmière. Le patient choisit le moment qui lui convient le mieux. Une 1^{re} visite avec l'infirmière se déroulera en face-à-face : exploration des croyances et des motivations, explications, démonstration, manipulation. Le patient formule ses questions et ses visées. On procède à la première injection d'insuline. « On se parle demain » dit l'infirmière en clôturant la rencontre. Les suivis téléphoniques se multiplient et se distancent, car la glycémie se stabilise. L'infirmière apprécie offrir un enseignement personnalisé et s'assure de cultiver sa propre réceptivité en gérant son horaire de rendez-vous consacrés à amorcer le traitement à l'insuline.

Toutefois, cinq semaines plus tard, M. Fortier en colère, tente de joindre l'infirmière. Il lui laisse un message à la première heure. Il veut en avoir le cœur net, car malgré tous ses efforts, sa dernière glycémie était à 12 au lever! Dire qu'hier, il avait pris un souper léger. « Je vais tout lâcher, cela rime à rien ». Le matin même, l'infirmière le contacte et accueille son désarroi, lui offre une explication compréhensible du phénomène, puis souligne qu'il a fait des changements très appréciables depuis le début du suivi conjoint. Elle lui offre de choisir un moment au cours de la semaine pour passer au bureau, après son travail, pour faire le test A1c hors laboratoire, car cela donne une information un peu différente des glycémies. Le patient se présente à l'heure dite, tendu. L'infirmière procède au test; ils constatent une amélioration. L'infirmière l'encourage à l'appeler à nouveau s'il y a des questions entre les rendez-vous. Quelques semaines plus tard, le patient habitué au contact téléphonique structuré propose de faxer ses notes et ses questions le lundi matin et d'attendre l'appel de

l'infirmière entre 14 h et 15 h. « Vous êtes confortable avec cela? Nous sommes rendus là, c'est d'accord » conclut l'infirmière.

Avant de quitter la clinique ce soir-là, l'infirmière complète une note au dossier de M^{me} Robert. L'infirmière est de moins en moins à l'aise à interagir avec cette dame qui manque à répétition des rendez-vous téléphoniques et qui livre de l'information incomplète lors de leurs échanges irréguliers. Préoccupée par sa sécurité, l'infirmière lui avait signalé que les conditions de suivi sont non-optimales et a suggéré un retour au suivi médical solo si la tendance se maintenait. Lors du rendez-vous médical de cet après-midi, le médecin a appelé l'infirmière : « Je suis avec M^{me} Robert, on regarde les laboratoires ensemble, ce n'est pas optimal. Il est indiqué de poursuivre nos efforts. À la lumière de tes notes au dossier, j'ai clarifié avec cette dame son engagement dans le suivi actuel et on a convenu d'un suivi plus soutenu pour les trois prochains mois ». L'échange est satisfaisant pour les trois interlocuteurs. Un nouveau plan de suivi est établi.

Lundi 14 h 10. Appel hebdomadaire avec M. Fortier. Au bout du fil, il demande si un rendez-vous en personne pourrait être organisé, car « une rougeur sur sa jambe lui fait craindre le pire », l'infirmière évalue sur le champ les signes et symptômes, puis vérifie les plages de disponibilités communes avec le médecin traitant cette semaine. Le patient se présente à l'heure dite, l'infirmière l'accueille moins de dix minutes plus tard. Elle réévalue et juge un avis médical nécessaire, elle téléphone promptement au médecin qui accepte de voir le patient après sa prochaine consultation. En attendant, le patient et l'infirmière révisent le carnet de glycémie; l'ajustement des doses d'insulines est fait en utilisant l'ordonnance collective. Fort de l'appui de l'infirmière pour le suivi diabétique, le médecin est très réceptif pour réagir aux situations ponctuelles signalées par l'infirmière en cours de suivi. Le médecin arrive, évalue, rassure le patient et explique son raisonnement clinique à l'infirmière, prescrit l'onguent. Elle apprécie ces moments de formation continue dans l'action. FIN de l'histoire! NON, car le diabète est une maladie chronique qui commande un « accompagnement chronique », ainsi, bien que le suivi conjoint soit officiellement terminé, car les paramètres ciblés sont stables depuis plus de trois mois, M. Fortier est invité à joindre l'infirmière à sa convenance. Il sait qu'il sera accueilli.

Même si le rapport à soi et aux autres module les comportements d'autogestion et leur rythme d'adoption, tous les participants (médecin-infirmière-patient) affirment que le suivi conjoint stimule l'autogestion et rapportent des interactions patient-infirmière satisfaisantes.

Niveau 2

Les interactions patient-infirmière donnent lieu à des échanges personnalisés effectuant des retours sur des situations vécues récemment et offrent une occasion de rétroaction positive ou encourageante. L'ajustement de la médication est jugé plus rapide que le suivi médical usuel et sécuritaire. Les échanges sont centrés sur les notes que rédige le patient dans son carnet; il est incité à y colliger tous les éléments qui influencent la glycémie. Ce contact fréquent et orienté favorise l'apprentissage par l'expérience. Il renforce la régularité des comportements de surveillance, de prise de médicaments et de saines habitudes de vie. Ensemble, patient et infirmière reconnaissent les tendances glycémiques et identifient les causes des écarts entre les glycémies attendues et observées. Exposé de façon répétée à ce retour, le patient intériorise le processus d'analyse des variations glycémiques.

Patient 7 « *J'écris tout dans mon carnet [...]. C'est comme cela que j'ai appris à faire mes ajustements, avec les conseils et les explications* ».

Patient 1 « *Elle a des bonnes questions* ». Elle dit : « *Vous rappelez-vous pourquoi vous êtes à 10? Vous rappelez-vous de ça?* » Moi, je l'ai écrit [désigne le carnet de glycémie] ».

Le patient augmente ses connaissances et ses habiletés techniques. Progressivement, il devient plus confiant dans sa capacité à agir sur sa glycémie en posant des gestes car il anticipe mieux les effets de son action sur la glycémie. Il adopte une perspective de modération et de résolution de problème.

Patient 6 « *Même à cela [26 ans de suivi par un endocrinologue], ma sœur et moi, on savait comment, mais on ne se piquait pas comme il fallait. L'infirmière m'a dit : « Ici, on n'accepte pas les bleus ».*

Patient 4 « *Mon infirmière me dit : “Une fois de temps en temps, on peut se permettre, peut-être pas au complet [barre de chocolat], mais la moitié; quand vous avez fait beaucoup d'efforts, vous pouvez intégrer ça dans vos glucides. Calculez”. On négocie, on intègre ça, on n'exagère pas, ni d'un bord ni de l'autre* ».

Les patients rapportent vivre des expériences de succès et d'appui. Viser progressivement des cibles glycémiques ou des objectifs plus personnels et recevoir des encouragements maximisent les probabilités de réussite.

Patient 8 « *Le diabète, c'est comme un travail en plus de mon travail [...] Le surplus de poids et le diabète, c'est lourd à porter [...] J'ai des succès; je mange bien, plus varié et j'ai réduit mes quantités. Elle m'encourage* ».

L'introduction de l'insuline suscite des appréhensions; les verbaliser, puis identifier et surveiller ses symptômes idiosyncrasiques d'hypoglycémie et connaître les méthodes préventives et correctives outillent le patient. Selon sa compréhension, il est invité à être le plus autonome possible.

Patient 4 « *Je ne me vois pas toute seule. Comment vais-je gérer ça? Comment que je peux savoir si je peux baisser mon insuline ou la monter? [Citant l'infirmière] "Si cela ne va pas mieux, montez-le de 2." [...] On dirait qu'elle est en train de m'instruire pour savoir comment le faire* ».

Infirmière 2 « *Je peux enseigner au patient comment ajuster, si je sais qu'il est capable [...] je lui fais appliquer à lui aussi [OCD] [...] je leur remets ça entre les mains aussi. Les médecins sont d'accord avec cela [...] si je sais que c'est sécuritaire* ».

Au cours du suivi, l'infirmière accueille les émotions négatives liées au fardeau de la maladie ou de la vie en général. Au besoin, elle invite le patient à consulter diverses ressources (banque alimentaire, nutritionniste, psychologue, groupe d'entraide, etc.) et à la rappeler, même si le suivi conjoint est terminé. Plusieurs patients s'en prévalent.

Niveau 3

Un mouvement de convergence se manifeste au sein de la triade. Il repose sur la capacité de chacun : à poursuivre ses visées respectives; à moduler les interactions; et à manifester de la réceptivité aux propos des autres. Le récit présenté dans l'encadré 1 l'illustre. Ultimement, les infirmières et les médecins apprécient la concordance accrue entre leurs compétences, leur emploi du temps et le sens qu'ils accordent à leur travail. Ils estiment contribuer à une offre de service plus efficiente que le suivi médical solo. Les patients affirment être rassurés par leurs propres compétences à gérer le diabète, ainsi que le par l'accès aisé aux ressources professionnelles en temps opportun.

Patient 6 « *J'ai un contact direct, c'est rassurant [...] Je suis complètement en confiance [...] C'est un ensemble aussi, ce n'est pas juste le fait que l'infirmière soit là; c'est le suivi, puis les explications qu'on a. Lorsqu'on a un diagnostic, on devrait connaître ça au départ [...] Parce que tu comprends mieux aussi ce qui t'arrive* ».

Préoccupations face au suivi conjoint

Malgré les bénéfices, les participants soulèvent des préoccupations liées au suivi avec OCD. Pour les médecins, l'offre de service se joue dans une tension constante entre les obligations d'offrir des services optimaux aux diabétiques et aux autres clientèles. La disponibilité des OCD ne signifie pas que le suivi conjoint soit initié par tous les médecins du site. Un médecin a rapporté qu'une patiente a refusé le suivi conjoint en verbalisant que cela lui donnait l'impression d'un désintéressement de la part de son médecin. La représentation du suivi conjoint qu'ont les patients avant de s'y engager devrait être explorée plus systématiquement par le médecin, cela amorcerait déjà le mouvement de convergence. Le nombre de rencontres patient-infirmière à tenir n'étant pas connu dès le départ, pour certains patients, cela s'avère un engagement plus soutenu qu'envisagé. Certaines OCD ont exigé des activités de formation continue pour les infirmières. Le fardeau émotif entourant l'initiation de l'insuline est géré, en partie, par les infirmières en répartissant ce type d'intervention dans leur semaine de travail. Un volume accru de patients ou des impératifs rigides pourraient menacer cette stratégie qui, rappelons-le, maintient la réceptivité de l'infirmière très active dans ce processus.

Discussion

Les OCD permettent le suivi plus fréquent des patients, l'ajustement sécuritaire et rapide de la médication dans un environnement interactionnel qui stimule l'autogestion et la pratique professionnelle satisfaisante. Les OCD, mesure concrète qui incarne l'appel à la collaboration professionnelle de l'Organisation mondiale de la santé [4], au même titre que d'autres dispositifs similaires [5], s'affichent comme une constituante essentielle des équipes de 1^{re} ligne performantes [8]. Leurs retombées font écho aux preuves disponibles sur le CCM [1] : modifier la prestation des soins et soutenir l'autogestion sont deux leviers puissants pour faire face à chronicité [2, 3]. Le suivi avec OCD intègre plusieurs stratégies favorables à l'autogestion [15] et à l'apprentissage par l'expérience. Cependant, nos résultats rendent

saillant l'aspect imbriqué des expériences des professionnels et des patients, et attestent d'un processus social complexe [16, 17]. Offrir des services plus cohérents avec l'autogestion, c'est honorer la capacité d'agir et de décider du patient au sein même des interactions professionnels-patient. Le mouvement de convergence se dessine comme la condition sous-jacente aux interactions productives médecin-infirmière-patient. Se donner les moyens de soutenir cette convergence s'annoncerait profitable possiblement dans d'autres contextes de soin. Cependant, les professionnels de la santé sont-ils préparés à devenir de réels partenaires [18]?

Aucun conflit d'intérêt déclaré

RÉFÉRENCES

1. Wagner EH. Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract.* 1998;1:2-4.
2. Kreindler SA. Lifting the burden of chronic disease: What has worked? What hasn't? What's next? *Healthc Q* 2009;12(2):30-40.
3. Shojania KG, Ranji SR, McDonald KM, Grimshaw JM, Sundaram V, Rushakoff RJ, *et al.* Effects of quality improvement strategies for type 2 diabetes on glycemic control: a meta-regression analysis.[see comment]. *JAMA.* 2006;296(4):427-40.
4. Alvarado K. Factors Influencing Implementation of Medical Directives by Registered Nurses: The Experience of a large Ontario Hospital. *Nurs Res.* 2007;20(1):72-90.
5. Bodenheimer T, Ghorob A, Willard-Grace R, Grumbach K. The 10 building blocks of High-Performing Primary Care. *Ann Fam Med.* 2014;12(2):166-71.
6. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Devenir un groupe de médecine de famille (GMF) : Guide d'accompagnement. Québec : Santé et services sociaux. [Internet]. Montréal ; 2006 [Cited: 2007 october 8]; Available from : http://agence.santemontreal.qc.ca/fileadmin/asssm/Medecins/1_gerer_ma_pratique/3_pratique_en_GMF/Guide_accompagnement__MAJ_mai_2009_.pdf.
7. Beaulieu MD, Denis JL, D'Amour D, Haggerty J, Hudon E, Jobin G, *et al.* L'implantation des Groupes de médecine de famille : le défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle. Rapport [Internet]. Montréal ; 2006 [Cited 2006 september 9]; Available from : http://www.ferasi.umontreal.ca/fra/07_info/Rapport_GMF_mars_2006_F.pdf.
8. Yin RK. Case study research: Design and methods. 3rd ed. Thousand Oaks, Calif. : Sage Publications; 2003. 181 p.
9. Bourgault P, Gallagher F, Michaud C, St-Cyr Tribble D. Le devis mixte en sciences infirmières ou quand une question de recherche appelle des stratégies qualitatives et quantitatives. *Rech soins infirm.* 2010;103:20-8.
10. Burnard P. A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Ed Today.* 1991;11:461-6.
11. Sandelowski M, Barroso J. Classifying the findings in qualitative studies. *Qual Health Res.* 2003;13(7):905-23.
12. Miles ML, Huberman AM. Analyse des données qualitatives. 2^e éd. Bruxelles : De Boeck Université ; 2003. 632 p.

13. Frank AW. Letting Stories Breathe: a socio-Narratology [Internet]. Chicago : IL : University of Chicago Press; 2010. [Cited 2013 January 8]. Available from : <http://lib.myilibrary.com.ezproxy.usherbrooke.ca/ProductDetail.aspx?id=290185>
14. Baker PG. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. [Internet]. Genève : OMS/HRH/HPN/10.3[Cited 2011 May 11]. Available from : http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/
15. Sabourin BC, Pursley S. Psychosocial issues in diabetes self-management : Strategies for healthcare providers. 2013. Can J Diabetes. 2013;37:36-40.
16. Goderis G, Borgermans L, Mathieu C, Van DB, Hannes K, Heyrman J, *et al.* Barriers and facilitators to evidence based care of type 2 diabetes patients: experiences of general practitioners participating to a quality improvement program. Implement Sci. 2009;4(1):41.
17. Furler J, Spitzer O, Young D, Best J. Insulin in general practice: barriers and enablers for timely initiation. Aust Fam Physician. 2011;40(8):617.
18. Comité interfacultaire de la formation à la collaboration de l'Université de Montréal. [Internet]. Montréal ; 2103 [Cited 2014 May 8]. Available : <http://cio.partenaires-de-soins.ca/?page_id=96>.

CHAPITRE 5 - DISCUSSION GÉNÉRALE

Le présent chapitre se divise en trois grandes sections. La première débute par un rappel du but de l'étude pour ensuite effectuer un retour sur les résultats selon les questions soulevées afin de les discuter à la lumière d'écrits sur l'implantation d'innovations, la CI et les soins aux personnes atteintes de diabète, et ce, dans une perspective plus large et intégrée que dans les articles précédents. La deuxième section traite des forces et des limites de l'étude. La dernière section clôture le chapitre avec les retombées de l'étude.

5.1 Discussion intégrée des résultats

Le but de cette étude mixte séquentielle explicative est de décrire et expliquer comment se déploie la CI en décrivant l'implantation des OC, comme innovation, dans le contexte des soins offerts aux personnes atteintes de diabète de type 2 en GMF, lequel ayant été annoncé comme un nouveau milieu de soins de 1^{re} ligne favorable à l'établissement de la CI. Associées au modèle intégrateur initial, six questions ont structuré la présente étude et seront traitées dans les sous-sections qui suivent.

Globalement, les résultats suggèrent que les OC sont une innovation imbriquée dans une autre innovation, les GMF, et qu'elles s'inscrivent toutes deux dans un contexte externe en mouvance. L'implantation partielle des OCD est constatée, d'abord en termes de nombre de GMF les ayant adoptées, mais surtout au regard du nombre limité d'objets et de leur portée clinique. Pourtant lorsqu'elles sont implantées et qu'elles incluent des objets diversifiés dont certains ayant une portée clinique élevée, les membres de l'équipe GMF et les patients s'en trouvent tous bien servis selon leur point de vue respectif. Dans ces circonstances, la CI en action est constatée et une série de retombées positives sont observées, tant pour les professionnels que les patients.

Lorsque le suivi conjoint avec des OCD est établi, les médecins sont en mesure de prioriser les activités diagnostiques, les consultations pour des situations de santé plus complexes ou les consultations sporadiques des patients diabétiques suivis par les infirmières, alors que celles-ci participent activement à soutenir l'autogestion des patients diabétiques selon un rôle

étendu. Le suivi conjoint avec OCD offre des occasions d'échanges personnalisés et fréquents entre l'infirmière et le patient qui tiennent compte de la trajectoire de vie de chaque patient. Cela stimule l'autogestion de patients, principalement en permettant la routinisation de certains comportements, mais aussi l'intériorisation des cibles normées et de processus d'analyse des variations glycémiques, lesquelles sont favorables à un meilleur contrôle de la glycémie. Les patients bénéficiant d'un suivi conjoint rapportent également vivre des expériences de succès et d'appui liées à l'augmentation de leurs connaissances (concernant le diabète de type 2), de leurs habiletés techniques, de leur confiance dans leur capacité d'agir. Ils affirment aussi endosser une perspective plus globale de modération et de résolution de problème. Cette façon de travailler ensemble en 1^{re} ligne concourt à l'accessibilité et la continuité des soins, qualités attendues des soins offerts (Pineault et al., 2005).

Or, l'investissement si variable des GMF dans le potentiel des OCD, du moins au moment de la présente collecte de données, réitère le constat que l'introduction d'innovations dans le système de la santé est modelée par plusieurs influences. La présente étude démontre que l'intégration de nouvelles pratiques professionnelles s'opère très progressivement et ce, même lorsque les orientations ministérielles les annoncent clairement et que les niveaux de preuves élevées les recommandant existent. Plusieurs des constats posés ici sont similaires à ceux regroupés dans une revue générale sur la CI dans les *Family Health Teams* de l'Ontario (Gocan et al., 2014).

5.1.1 Présence des OCD dans les GMF

L'étude a permis de confirmer que des OCD sont implantées dans les GMF (question 1). Elle révèle qu'un peu plus de la moitié des GMF (58 %) sont des adoptants selon le critère minimal d'avoir adopté au moins une OCD, peu importe son objet ou la qualité de son contenu. Pourtant, deux études concernant les GMF et couvrant l'ensemble de la province rapportent un taux d'implantation d'OCITSS ou des protocoles de suivi conjoint pour le diabète ou l'hypertension dépeignant des taux plus faibles d'implantation, de l'ordre de la moitié moins (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2010; Guilbert et al., 2011). Trois pistes d'explications sont possibles, dont un biais de participation à la présente étude, une réelle réceptivité pour les OCD ou une combinaison des deux précédentes.

Il est possible que le présent l'échantillon souffre d'un biais de participation, laissant présumer que les GMF ayant participé au sondage étaient davantage des adoptants que les non-participants. Cela mènerait à une surestimation de l'implantation réelle. Le faible taux de participation milite aussi pour y voir un taux d'implantation surestimé. Cette surestimation est plausible si on considère que parmi de récents diplômés en médecine (Côté et al., 2013), seulement le quart avaient affirmé être d'accord avec l'utilisation d'OCD. Néanmoins, un appui plus grand aux OC en général est envisageable en raison des résultats d'un sondage régional effectué en 2009 auprès de médecins (20 % de taux de participation), dont certains travaillant en GMF, les trois quarts affirment être des utilisateurs d'OC (Bois et al., 2013). Là aussi, le biais de participation des premiers adoptants a pu gonfler ces estimations de même que la désirabilité sociale, laquelle est difficile à estimer sans l'apport d'une stratégie de triangulation pour confirmer l'adoption auto-rapportée.

Il est aussi envisageable que le taux d'adoption rapporté ici reflète qu'il y ait une réelle réceptivité des GMF à l'endroit des OCD. À ce titre, les études sur les premiers GMF (Beaulieu et al., 2006; Trahan et al., 2007) avaient laissé entrevoir que les maladies chroniques, en général, étaient une cible de mobilisation pour penser autrement la dispensation des soins et mettre les efforts pour formaliser la CI en élaborant ou adoptant des OCD, entre autres. D'ailleurs, pour le GMF-cas, dès le début de son existence, les OC prioritaires à intégrer étaient celles liées à l'anticoagulothérapie, au diabète comme maladie chronique et à la contraception féminine. Cette réceptivité réelle pourrait aisément se justifier en évoquant plusieurs motifs pour intégrer les OCD et offrir un suivi conjoint aux personnes diabétiques de type 2. En voici quelques-unes : la forte prévalence du diabète (Agence de la santé publique du Canada, 2014; Institut de la statistique du Québec, 2010); son fardeau pour les individus, les organisations et le système de santé (Organisation mondiale de la santé, 2014); les preuves scientifiques offrant des appuis solides pour la participation des infirmières au suivi des personnes diabétiques munies de ce type de dispositif (Shojania et al., 2006); la disponibilité des guides de pratiques (Comité d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète, 2008, 2013); la reconnaissance que les infirmières sont formées à faire de l'enseignement aux personnes, proches et familles sur leur état de santé et sur les traitements associés (Association canadienne des écoles de

sciences infirmières, 2015) ou finalement les orientations ministérielles ciblant les GMF pour la prise en charge de cette clientèle (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005).

5.1.2 Délai d'implantation des OCD

Concernant le délai d'implantation (question 2), la grande variabilité observée dans le volet 1 (de quatre mois à près de huit ans) suggère que peu de facteurs sont hautement déterminants et que la complexité du processus d'implantation d'innovation en santé est au rendez-vous comme plusieurs l'ont évoquée déjà (Greenhalgh et al., 2004; Lau et al., 2016). Cela mène à s'interroger sur les conditions expliquant cette variabilité. Ces dernières seront abordées plus tard (question 4 et 5).

Malgré l'importance de la dimension temporelle dans les études sur l'innovation, les délais d'implantation sont rarement rapportés avec précision (Meyer, 2004). Il est difficile de comparer les données sur le délai d'implantation des OCD avec celles des études sur les DA ou les OC retenues ici. Le délai y est mentionné à titre de caractéristique des cas identifiés par choix raisonné (Alvarado, 2007) ou comme moyenne pour l'ensemble des organisations ciblées, dont les GMF, sans égard à leur date d'accréditation (Guilbert et al., 2011). En effet, l'étude sur l'OCCH calcule plutôt la vitesse d'implantation.

Dans le cas de l'OCCH, les années 2008 à 2009 constituent la période d'entrée en vigueur la plus accélérée. Ce processus d'adoption de l'OCCH semble considérablement condensé comparativement aux OCD. L'OCCH a bénéficié d'une démarche d'implantation très orchestrée. Celle-ci a débuté par une élaboration centralisée de l'OCCH sous la gouverne de d'instances de santé publique du Québec et des trois ordres professionnels impliqués, laquelle a été suivie, dès l'automne 2007, par une implantation intensive dans les CSSS des 18 régions sociosanitaires du Québec grâce à la participation de chargé du dossier dans chaque direction de santé publique régionale.

Les OCD n'ont pas bénéficié d'un mouvement centralisé au niveau provincial aussi rapidement. Le 15 mars 2013 a débuté l'hébergement en un seul site des OCD existantes (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2013b). Néanmoins, il est possible que les efforts préalables d'implantation de l'OCCH aient eu un effet indirect sur l'implantation des OCD. Cela pourrait expliquer, en partie, pourquoi on observe un délai

d'implantation plus court pour les GMF de la 2^e (2005 - juin 2008) et ceux de 3^e vague (après juin 2008). En effet, la disponibilité d'un modèle provincial a été rapportée comme une condition favorable à l'implantation d'une OC (Bois et al., 2013; Guilbert et al., 2011; Guilbert et al., 2013). L'accès à un modèle provincial atténue plusieurs barrières identifiées, entre autres, la non-priorisation des activités de rédaction par des professionnels surchargés et la difficulté d'établir un consensus d'abord médical puis interétablissements (Alvarado, 2007; Ishimo, 2015; Philips et Wilkinson, 2015; Wilkinson, 2015). Lors des derniers contacts de l'étudiante-chercheuse avec le GMF-cas, il a été constaté que les modèles provinciaux ont bel et bien circulé par les canaux de communication *top-down*, condition propice à la réduction du délai d'implantation d'OCD effectué initialement dans un contexte d'implantation de type *make it happen* (Greenhalgh et al., 2004).

On peut comparer les résultats de la présente étude avec l'étude française de Vedel et collègues (2013) ayant une démarche similaire à l'égard de la clientèle ciblée (patient diabétique, dyade infirmière-médecin) et en contexte moins orchestré que le cas de l'OCCH. L'étude relate un délai d'implantation de 40 mois pour que le modèle de prise en charge multidisciplinaire en communauté soit adopté par 100 % des infirmières et 80 % des médecins issus d'un bassin de volontaires (n=59 infirmières et n=175 médecins) identifiés à partir d'un registre et tous informés du projet à la même période. En comparaison, l'implantation des OCD semble avoir été lente et très partielle. Toutefois la taille du bassin de professionnels visés par les GMF et les OC ainsi que le territoire à couvrir étaient beaucoup plus grands.

5.1.3 Objets spécifiques des OCD

Concernant les objets spécifiques des OCD (question 3), il est constaté que les adoptants ont majoritairement investi les ordonnances pour prélèvements et l'ajustement de l'insuline puis, dans une moindre mesure, les hypoglycémiantes oraux, les fournitures et le traitement d'hypoglycémie sévère. La primauté des prélèvements ne surprend pas, étant donné qu'ils ont aussi été la cible principale de DA dans d'autres contextes de soins (Nemeth et al., 2012; Rust et al., 2008). Concernant les médicaments, une étude auprès d'infirmières travaillant en 1^{re} ligne (Wilkinson, 2015) décrivant la fréquence d'utilisation des médicaments conclut que l'utilisation des DA pour les prélèvements surpasse l'ajustement d'insuline laquelle surpasse

celle des hypoglycémiantes oraux. Ce portrait est similaire à celui observé avec l'échantillon de la présente étude.

Pour comprendre cette préférence des GMF pour les OCD de prélèvements, il est plausible d'évoquer que leur utilisation correspond au rôle assez traditionnel accordé à l'infirmière dans le dépistage des maladies. Ainsi, cette OCD serait le prolongement des activités infirmières usuelles. La réceptivité accrue à une innovation de « continuité » a déjà été soulignée lors d'une comparaison de l'implantation de quatre différents DA dans un milieu hospitalier ontarien (Alvarado, 2007).

Selon l'étude de cas présenté ici, le choix préférentiel de l'insuline par les GMF est motivé par plusieurs éléments qui font boule de neige : d'abord le grand volume de patients diabétiques de type 2 qui nécessitent un passage à l'insuline pour respecter les lignes directrices, jumelé à la connaissance des données probantes sur les avantages du suivi conjoint, puis à l'acquisition des compétences nécessaires par les infirmières facilitée par le choix relativement limité de traitements d'insulinothérapie et par le fait que les ajustements par le calcul soient jugés aisés, finalement, le maintien des compétences acquises est jugé assuré par une exposition constante aux situations cliniques ciblées en raison, justement, du grand volume de patients nécessitant ce traitement. À ces motifs, s'ajoutent le rôle plus traditionnel d'enseignement au patient reconnu comme compétence de l'infirmière et le désintérêt des médecins pour l'enseignement et l'ajustement d'insuline, actes jugés routiniers et moins centrés sur leur activité réservée qu'est de diagnostiquer la maladie. Par ailleurs, certains GMF ont pu être moins enclins à adopter ce type d'OCD, dû au fait que le risque d'hypoglycémie chez les consommateurs d'insuline est plus élevé que pour les personnes utilisant d'autres traitements (Zammit et Frier, 2005).

La plus faible proportion de GMF ayant adopté des hypoglycémiantes oraux s'expliquerait, selon les données qualitatives, par la plus grande difficulté de combiner les différentes classes de médicaments disponibles pour arriver à un traitement individualisé approprié. Certains GMF ont néanmoins formalisé les traitements simples et combinés. D'autres ont choisi d'élaborer une OCD pour seulement la metformine, le médicament antidiabétique le plus largement utilisé comme traitement de première intention lorsqu'il n'y a pas de contre-indications. D'autres encore n'ajoutent que le glyburide, quoiqu'il soit un médicament

reconnu plus propice aux hypoglycémies. Finalement, l'OCD pour décider de l'administration et administrer du glucose *per os* ou du glucagon est peu répandue, néanmoins elle fut parmi les premières adoptées par le GMF-cas.

5.1.4 Conditions favorables et défavorables à l'implantation des OCD

Pour compléter ce tableau descriptif et enrichir les pistes d'explication déjà évoquées précédemment, le détail des résultats sur les conditions favorables et défavorables à l'implantation liées à l'innovation, aux contextes interne et externe seront présentés (question 4).

À l'égard des liens entre les caractéristiques de l'innovation et le degré de mise en œuvre des OCD, plusieurs résultats convergent avec les écrits consultés. Les résultats du volet 2 démontrent que lorsque les OCD sont optimisées, les caractéristiques attribuées à l'innovation sont celles communément reconnues comme étant favorables à l'implantation d'innovations (Damschroder et al., 2009; Denis, 2002; Greenhalgh et al., 2004). Plusieurs d'entre elles ont aussi été mentionnées dans les études sur les DA (Ishimo, 2015). Lorsque l'implantation d'OCD a été optimisée, les conditions favorables en place constatées sont les suivantes: l'avantage relatif comparé au modèle de prise en charge traditionnel, le potentiel de réinvention de l'innovation, la possibilité de faire l'essai d'une OC avant d'en générer d'autres, puis dans une moindre mesure, la notion de risques contrôlables et contrôlés ainsi que l'accès à un soutien technique pour faciliter l'élaboration et l'usage de l'OC.

La réceptivité à l'innovation, en raison de ses caractéristiques telles les bénéfices attendus de l'innovation, et le fait qu'elle réponde à un besoin prioritaire de la clientèle desservie par le professionnel (pharmacien, médecin ou infirmière) ont été effectivement identifiées comme conditions favorables pour l'implantation d'un modèle provincial éventuel de l'OCITSS (Bois et al., 2013) et aussi relatées par Guilbert et al. (2013) au sujet de l'implantation du modèle déjà existant de l'OCCH. Dans le cas de l'OCCH, plusieurs liens statistiquement significatifs entre les attributs de l'innovation et leurs indicateurs d'implantation ont été établis (adoption : complexité perçue; intensité : comptabilité, complexité, possibilité d'essai, observabilité, réinvention; vitesse : comptabilité et réinvention). Néanmoins, l'influence des attributs de l'innovation est combinée avec d'autres facteurs (taille de l'organisation, secteur de pratique, région géographique, marrainage et soutien aux

infirmières, les pratiques antérieures, etc.). Devant les nombreux liens entre les variables, ces auteurs concluent que l'adoption de nouvelles pratiques infirmières reposent plus fondamentalement sur la CI (Guilbert et al., 2013).

Cette conclusion rejoint celle tirée des résultats de l'étude de Vedel et al. (2013). Cette dernière souligne comment les médecins et les infirmières apprécient de façon similaire certaines caractéristiques d'une innovation, soit une pratique collaborative en 1^{re} ligne pour les personnes âgées atteintes de maladies chroniques, et d'autres caractéristiques de façon différenciée (Vedel et al., 2013). La vitesse d'adoption est liée à la simplicité, l'observabilité et au potentiel d'essai, tels que se le représentent similairement ces deux types de professionnels. Toutefois, les médecins sont davantage soucieux de la compatibilité de l'innovation avec leur pratique usuelle (comment cela affectera leur rôle et leurs relations avec les autres professionnels) et moins enclins à y voir un avantage relatif (pour le patient et pour eux-mêmes) que les infirmières: cela expliquerait le rythme d'adoption plus lent des premiers. Les différences de représentations que se font les infirmières et médecins d'une « même » innovation confirment que les caractéristiques attribuées à une innovation ne sont pas étrangères à l'angle de vue du professionnel, à ses habitudes, à ses intérêts et à ses attentes dans le cadre du rapport aux autres professionnels. Ce constat confirme alors la nécessité de mieux articuler le lien entre l'innovation et la CI. L'articulation entre l'innovation et la CI constitue les préoccupations soulevées par la question 5, laquelle sera approfondie dans la prochaine section.

Selon les données de la présente étude, les caractéristiques mesurées des GMF ont peu de liens avec les indicateurs retenus (présence d'au moins une OCD, délai d'implantation, diversité et portée clinique des OCD). Des liens statistiquement significatifs ont été détectés entre le nombre de médecins travaillant au site principal, la vague d'accréditation des GMF et une activité assumée par l'infirmière (mode de référence) et le délai d'implantation des OCD. L'optimisation des OCD serait reliée aux vagues d'accréditation des GMF et à une autre activité assumée par l'infirmière (offre de suivi téléphonique). La taille réduite de l'échantillon et le nombre relativement élevé de variables à l'étude limitent la capacité à détecter des associations statistiquement significatives entre les conditions et les indicateurs

d'implantation. Cependant les données qualitatives renseignent sur l'influence des conditions et parfois nuancent les résultats quantitatifs obtenus.

Le nombre de médecins d'un GMF, caractéristique structurelle du GMF apparentée à la notion de taille d'organisation, est en lien avec le délai d'implantation de la 1^{re} OCD. Les GMF regroupant davantage de médecins ont mis plus de temps à adopter leur première OCD. Dans le cas de l'implantation d'OCCH (Guilbert et al., 2013), la taille des milieux est associée au délai de mise en œuvre de l'activité infirmière utilisant l'OCCH. Au sein d'organisations de plus de 50 employés, l'OCCH a accusé des délais plus longs comparativement aux plus petits milieux. Les auteurs évoquent, sans avoir recueilli à proprement parler des données pour soutenir leurs propos, des explications plausibles : le plus grand nombre de paliers hiérarchiques à franchir, la responsabilité d'adopter l'OCCH confiée au CMDP (plutôt que seulement aux médecins traitants), le lien moins étroit entre le responsable de l'approbation de l'OC (CMDP versus les médecins de la clinique) et les infirmières qui l'appliqueront, si elle est adoptée. Ces explications trouvent de solides appuis dans les résultats de la présente étude. Selon celle-ci, la capacité à susciter un consensus médical se réalise différemment selon le nombre de médecins y travaillant, entre autres, mais aussi selon le niveau de collaboration antérieur entre médecins, la vision de la pratique médicale et infirmière, l'expérience des médecins avec les infirmières en 1^{re} ligne et les bénéfices anticipés de l'innovation. Même lorsque les OCD sont reconnues comme avantageuses, la capacité des GMF à engager des ressources (temps, expertise) pour leur développement est un enjeu plus critique pour les GMF de petite taille (opérationnalisée par le nombre de médecins travaillant au site principal du GMF), car ils doivent à la fois maintenir l'offre des services usuels et s'investir dans une activité de développement. Selon la revue systématique de Greenhalgh et collaborateurs (2004), les caractéristiques structurelles ont été largement étudiées et leur pouvoir explicatif est, somme toute, limité. La taille y est relatée comme étant un proxy d'autres déterminants tel l'accès aux ressources (temps, expertise, matériel). En somme, la taille d'une organisation peut être utilisée comme un indicateur des délais envisageables, mais elle n'est pas révélatrice de l'ensemble des processus actifs dans l'implantation d'une OCD. À lumière de ces considérations, la taille d'une organisation peut être considérée comme un indicateur des délais envisageables de l'implantation, mais elle n'est pas en soi révélatrice de l'ensemble des processus actifs dans

l'implantation d'une OCD. Une compréhension plus fine des processus semble davantage utile s'il est souhaité faciliter l'implantation d'OC ou de DA dans l'avenir.

Concernant le statut légal du GMF, considéré aussi comme une caractéristique structurelle, les données quantitatives de la présente étude ne démontrent pas de lien statistiquement significatif entre celui-ci et la présence, le délai d'implantation ou l'optimisation des OCD implantées (diversité et portée clinique). Néanmoins, l'étude de cas relate clairement comment le statut privé du GMF champion, ayant rapidement et progressivement mis en place des OCD optimisées, s'est vu épargner des délais d'implantation additionnels. Cette présomption repose sur les témoignages recueillis distinctement auprès de deux personnes actives dans le processus d'implantation des OCD. Les témoignages relatent la fermeture franchement verbalisée d'une même personne en autorité et l'inertie de l'organisation responsable de l'approbation des OCD pour les GMF publics/mixtes localement. En effet, l'écart entre l'avis favorable des acteurs-clés (professionnels du GMF, infirmière clinicienne spécialisée dédiée et le directeur des services professionnels de l'établissement du territoire) et l'avis défavorable du président du CMDP, donne à penser que le GMF champion n'aurait pas pu procéder dans des délais d'implantation aussi courts, s'il avait dû se conformer aux décisions du CMDP, comme l'exige le statut de GMF public. Bien que la première étude de cas multiples sur l'implantation des GMF suggère que les GMF privés étaient plus enclins à étendre les activités des infirmières en développant plus rapidement des protocoles ou des OC (Beaulieu et al., 2006), cette tendance ne s'est pas maintenue dans le temps, selon les données sur les OCD. On peut supposer qu'initialement le statut privé des GMF leur a épargné du processus d'approbation par le CMDP, rapporté comme ardu par plusieurs (Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, 2009; Bois et al., 2013; Guilbert et al., 2013) et que, par la suite, d'autres conditions ont amenuisé, contrebalancé ou surpassé cet avantage.

Ainsi, malgré les limites méthodologiques du présent sondage⁵, les résultats soulignent la pertinence de s'attarder davantage aux processus de gestion de la pratique qu'aux caractéristiques structurelles des organisations de soins primaires, tel le statut légal. Ce

⁵ Nous y reviendrons plus loin.

constat va dans la même direction que les résultats d'une autre étude de cas multiples impliquant des GMF (Gilbert et al., 2015) et du rapport sur les services de 1^{re} ligne au Québec (Pineault et al., 2005).

On se rappellera que le délai d'implantation et que l'optimisation des OCD sont associés aux vagues d'accréditation des GMF. En effet, les GMF de la 1^{re} vague ont accusé des délais moyens d'implantation beaucoup plus longs que ceux de la 2^e et 3^e vague. De surcroît, le score global est plus élevé pour les GMF de la 3^e vague que pour ceux de la 1^{re} et la 2^e. Ce score plus élevé signifie que le dispositif des OCD y est plus optimisé. Ainsi il semblerait que les conditions d'implantation se sont modifiées au fil du temps. Les GMF plus récents ont pu bénéficier de l'accès à un ou des modèles d'OC ou à l'expérience positive d'un milieu clinique similaire, leviers bien identifiés dans les études sur l'OCCH et l'OCITSS (Bois et al., 2013; Guilbert et al., 2013) et corroborés par les données recueillies sur le contexte externe dans la présente étude.

Les analyses sur l'intensité du partenariat avec certains acteurs régionaux (autres GMF de la région, centres locaux de services communautaires (CLSC), centre hospitalier, DSI, partenaires du CSSS, Agence de santé et des services sociaux, pharmacies) n'identifient aucun lien statistiquement significatif entre le partenariat comme élément du contexte externe et les indicateurs de l'implantation des OCD. Cependant, selon les données qualitatives discutées ici, le contexte externe influence la capacité des GMF à implanter les OCD. L'implantation des OCD a été favorisée par la capacité à instaurer rapidement des liens positifs avec les acteurs locaux (md, md gestionnaires et inf), la DSI, le comité de pilotage des GMF, les conseillères spécialisées dédiées au soutien aux infirmières en GMF et les autres ressources du CSSS. Parmi les acteurs cités, des équipes de soins tertiaires en diabète, la communauté de pratique virtuelle des infirmières en GMF (provinciale) et les compagnies pharmaceutiques ont aussi contribué à accroître la circulation de l'information sur le suivi diabétique et sur les OC, notamment par l'accès aux formations continues ou la circulation de modèles d'OCD. Sous cet angle, les résultats présentés ici corroborent la pertinence des liens entre les professionnels de 1^{re} ligne et les équipes de soins tertiaires pour soutenir la prise de décision en 1^{re} ligne par la production et le partage de protocoles, comme l'avaient déjà démontré plusieurs études portant sur le *Chronic Care Model* (Glasgow et al., 2002).

Pour élaborer leurs OCD, plusieurs GMF ont cité comme source primaire des documents produits par deux centres tertiaires en particulier. Les contacts avec la communauté de pratique virtuelle des infirmières en GMF et les compagnies pharmaceutiques, moins guidées par une logique territoriale à proprement parler, ont possiblement permis aux GMF réceptifs à l'innovation d'être alimentés en expériences et en exemples émergeant au-delà de leur contexte externe immédiat et des conditions d'implantation qui y règnent.

Au sujet des conditions favorables à l'implantation d'OCD, les renseignements provenant d'une source ayant une proximité affective ou professionnelle ont une grande influence sur l'opinion des professionnels (Greenhalgh et al., 2004). L'expérience des pairs est une source particulièrement influente chez les médecins dans un contexte de diffusion d'innovation misant sur une pratique collaborative médecin-infirmière (Vedel et al., 2013). Les résultats de la présente étude concluent aussi à l'influence des pairs chez les médecins en GMF pour l'implantation des OCD et du suivi conjoint. La question de l'influence des pairs pour les infirmières en GMF se pose autrement, car comparativement aux médecins d'un même GMF, elles y sont en nombre très réduit (une ou deux, très rarement davantage). D'ailleurs, à la suite de visites de 20 GMF montréalais, une instance régionale a affirmé que les infirmières habituées à travailler en établissement ont éprouvé des difficultés à définir leur rôle dans ce nouveau contexte et, par conséquent, a recommandé la création d'une communauté de pratique pour briser l'isolement des infirmières en GMF (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2010). Le volet 1 de la présente étude avance l'absence de liens statistiquement significatifs entre les indicateurs d'implantation des OCD et l'appartenance à la communauté virtuelle de pratique. De plus, le GMF-cas n'est devenu membre de la communauté que fort longtemps après l'implantation de sa dernière OCD. L'influence des pairs pour les infirmières ne semble pas déterminante dans l'implantation des OCD.

Parmi les facteurs associés selon les données du volet 1, l'implantation des OCD est liée aux activités qu'effectuent les infirmières auprès de la clientèle diabétique. Un premier constat concerne le délai d'implantation. Chez les GMF utilisateurs d'OCD, un plus long délai d'implantation a été remarqué chez les GMF dont les infirmières, après avoir évalué un besoin chez une personne diabétique, suggèrent au médecin de référer cette personne à un autre professionnel, tels que nutritionniste, kinésiologue ou psychologue. Cette activité sous-

entend une moins grande autonomie que la possibilité d'effectuer la référence de son propre chef et, possiblement, occasionne des délais additionnels pour la personne atteinte de diabète. La seconde observation concerne l'optimisation des OCD. Plus les GMF ont optimisé leurs OCD, plus fréquemment les infirmières rapportent faire des suivis téléphoniques auprès de la clientèle diabétique. À la lumière du devis transversal utilisé, pour les deux associations, on ne peut pas trancher lequel des éléments précède l'autre.

Dans la même lignée interprétative, pour mieux saisir le lien entre la mise en œuvre des OCD et la pratique infirmière, on se rappellera que les GMF de la 1^{re} vague sont plus nombreux à être ouverts la fin de semaine et plus lents à implanter les OCD. Or, cette offre de service s'aligne davantage avec une vision de la 1^{re} ligne priorisant l'accès ponctuel (visite sans rendez-vous) et avec une pratique infirmière d'assistance (D'Amour, Goudreau, et al., 2008; Roy et Sylvain, 2004) qu'avec la continuité des soins, vision plus cohérente avec le suivi conjoint du diabète. La vision adoptée par ces GMF rendrait les OCD moins attrayantes comme innovation et limiterait l'investissement de ressources pour les développer, et ce, surtout si les facteurs externes sont peu favorables. Ces pistes plausibles doivent être considérées avec réserve en raison des limites de la présente démarche.

5.1.5 Liens entre le processus d'implantation des OCD et le déploiement de la CI

Comment le processus d'implantation des OCD est-il associé au déploiement de la CI dans les GMF? (question 5). Pour répondre à cette question, la prochaine section fait d'abord un résumé des liens observés, puis approfondit chacune des quatre dimensions (finalisation, formalisation, intériorisation, gouvernance) du modèle de D'Amour et collaborateurs (2003; 2008). Finalement, le travail de sens individuel face à une innovation sera abordé comme un ajout nécessaire à la perspective initiale.

Comme relatées dans les sections précédentes, parmi les conditions favorables influençant l'implantation des DA, plusieurs se rattachent au concept de la CI. Selon les données sur les OCD, l'implantation de celles-ci et le déploiement de la CI sont intimement liés. Les OCD ont été un objet intermédiaire lequel a provoqué des négociations entre les professionnels, les instances régulatrices des professions et les instances gouvernementales. La CI s'est nourrie de et a nourri cette innovation. Les OCD ont contribué à concevoir et à incarner une pratique médicale et infirmière en GMF selon des visées significatives pour les

professionnels impliqués. La CI en construction, puis la CI en action ont été observées et les soins des personnes atteintes du diabète ont été transformés. Cet effort de formalisation, investi par différents paliers de gouvernance, s'est vu ultimement pérennisé dans le mandat d'une instance provinciale interprofessionnelle, l'INESSS.

Le pairage CI et innovation est bien présent dans le récent cadre sur l'implantation des innovations en soins primaires de Lau et collaborateurs (2016). Ce cadre met de l'avant toutes les dimensions de la structuration de la CI, sans la nommer. Elle y est omniprésente. En effet, plusieurs des thèmes recoupent les quatre dimensions du modèle de D'Amour et collaborateurs (2003; 2008). Par exemple, le leadership réfère à la gouvernance, les relations positives empreintes de respect et de confiance entre les professionnels réfèrent à l'intériorisation, la communication bidirectionnelle réfère à la connectivité, la clarification des rôles et des responsabilités réfère à la formalisation et la vision partagée des buts et des ressources réfère à la finalisation (D'Amour, 2003; D'Amour, Goulet, et al., 2008). Ces parallèles entre le modèle de CI et le cadre de Lau (2016) réitèrent la pertinence de considérer la CI pour mieux comprendre l'implantation d'innovations en soins primaires.

Utilisé ici, le modèle de D'Amour et collègues a permis de bien cerner comment la CI s'est mise en action dans le contexte interne. Néanmoins, au fil de l'analyse, ce modèle initial a été modifié pour proposer un schéma incluant aussi une sphère individuelle et une sphère collective plus large, celle du contexte externe. Ces processus s'activent progressivement et s'alimentent de part et d'autre, par l'interaction des trois sphères. Dans cette perspective longitudinale, il est cohérent de traiter la CI comme une condition, un processus ou une retombée de l'innovation comme l'ont traitée d'autres études sur les innovations (Anderson-Butcher et al., 2002; Anttila et al., 2000; Cummings et al., 2003; Dopson et al., 2001; Jansen et al., 2007; Laing, 2002; Lassen et al., 2008; Nelson et al., 2009; Roald et Edgren, 2001; VanDeusen Lukas et al., 2007).

Concernant la CI dans le contexte interne, l'étude de cas suggère que la vision partagée d'une pratique renouvelée, la finalisation et l'intériorisation ont été les moteurs initiaux de l'implantation des OCD. Par la suite, cet effort de formalisation soutenu par une gouvernance locale capable de mobiliser ses ressources complémentaires (compétences, temps, réseau) et ayant une certaine latitude décisionnelle a alimenté la CI au sein du GMF. La CI a pu

bénéficier de l'utilisation d'une plateforme informatique pour augmenter la connectivité des professionnels ainsi que l'accès aux notes de suivi et aux paramètres cliniques. Comme le constate le rapport sur les organisations de 1^{re} ligne (Pineault et al., 2005), la présence de nouvelles technologies d'information et de communication a agi en synergie avec la CI, renforçant l'effet de celle-ci sur l'accessibilité et la continuité. Ce constat émerge aussi des études sur les *Family Health Teams* ontariens (Gocan et al., 2014). Ici, la présence d'un ensemble de conditions favorables a contribué à déployer rapidement une CI en action. L'exercice de comparaison avec les résultats d'une autre étude sur le suivi conjoint dans les soins primaires pour la clientèle diabétique au Québec précédant à la réforme en convaincra le lecteur (Rodríguez, Contandriopoulos et Larouche, 2006).

Les prochains paragraphes traiteront chacun d'une des quatre dimensions de la CI. À l'égard de la finalisation, la présente étude avance que c'est la vision d'une pratique médicale plus satisfaisante et d'une pratique infirmière plus étendue (activités menées de façon plus autonome) qui a alimenté une représentation positive des suivis conjoints. Cette vision a incité les GMF à amorcer la démarche de formalisation des OCD et à persévérer dans leur démarche malgré certaines conditions moins favorables. Or, c'est précisément cette vision portée par des acteurs crédibles à l'interne et un discours axé sur des actions cliniques quotidiennes qui ont été jugés déficients dans l'étude de cas menée par Rodriguez et Pozzebon (2010). Les résultats de la présente étude suggèrent aussi que les pratiques infirmière et médicale en GMF se sont façonnées en fonction du processus de CI, lequel s'est lui-même progressivement transformé. Ce mouvement de spirale de déploiement de la collaboration (entre médecins et entre médecin-infirmière) au sein d'une équipe nouvellement élargie s'actualise rapidement s'il est ancré dans des liens préalablement établis, qualifiés de forts et de positifs au sein de l'équipe médicale, car un travail de consensus est inhérent aux OCD. Au sujet de l'importance de la promotion d'une vision renouvelée de la pratique de groupe et de la CI comme un point tournant pour « construire ensemble » la pratique professionnelle en GMF, les résultats de la présente étude convergent aussi avec ceux de l'étude sur l'intégration des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPSPL) en GMF (Rodriguez et Pozzebon, 2010) et ceux de la revue générale sur les *Family Health Teams* (Gocan et al., 2014) laquelle, par ailleurs, souligne que la vision n'est pas suffisante pour se traduire dans l'action.

La formalisation ou les ententes entre les professionnels constituent une dimension de la CI (D'Amour, Goulet, et al., 2008). La contrainte d'élaborer des OCD localement a été une occasion privilégiée de faire vivre la collaboration au sein même de chaque GMF en précisant qui fait quoi, comment, quand et pour qui, en discutant des compétences et des responsabilités professionnelles de chacun. Pour les acteurs du GMF-cas, l'élaboration d'OCD a été une des premières mises à l'épreuve de la collaboration intraprofessionnelle et interprofessionnelle en GMF entre de nouveaux partenaires et a incarné la plus-value de la CI aux yeux des cliniciens moins impliqués dans leur élaboration. Néanmoins, pour accepter de s'investir rapidement dans cette tâche non clinique, la finalisation et l'intériorisation ont été des leviers nécessaires pour activer l'effort de formalisation en équipe interprofessionnelle. Éventuellement, l'effort consenti a mené à l'implantation de l'OCD, puis ultimement au suivi conjoint en s'appuyant sur des dispositifs satisfaisants pour chaque type de professionnels, les « laissant » accomplir des activités significatives pour eux. Les objets-frontière ont cette fonction (Trompette et Vinck, 2009; Vinck, 2009). Or, cet engagement concret et conjoint des infirmières et des médecins dans le développement des principes, des outils ou dispositifs utilisés dans le suivi conjoint n'est pas présent dans l'étude de Rodriguez, Contandriopoulos et Larouche (2006), qui reconnaissent que le manque de consensus a été un frein pour la suite. Par ailleurs, libérer du temps pour créer des outils communs ou des protocoles, les mettre à jour et les rendre accessibles sur des plateformes électroniques est un défi identifié par la revue générale sur les *Family Health Teams* (Gocan et al., 2014). Ces défis sont mieux relevés avec l'expertise de ressources externes et d'un engagement soutenu des acteurs-clés.

Selon les résultats de la présente étude, la finalisation et l'intériorisation sont les dimensions qui ont préséance sur les deux autres dimensions (gouvernance et formalisation), tout aussi essentielles, pour amorcer un déploiement rapide de la collaboration. L'intériorisation a été reconnue comme un moteur initial de la collaboration dans d'autres écrits s'inspirant du modèle de D'Amour et collaborateurs. Par exemple, Beaulieu et collaborateurs (2006) lui accordent un rôle crucial d'accélérateur de confiance des médecins envers les compétences des infirmières, au médecin ayant déjà travaillé avec des infirmières en 1^{re} ligne. Selon Gilbert et collaborateurs (2015), les professionnels des GMF ayant embrassé plus rapidement une vision partagée d'un rôle moins traditionnel de la collaboration infirmière-médecin étaient ceux qui se connaissaient déjà et travaillaient ensemble avant même leur accréditation

de GMF. Pour leur part, Bareil et collaborateurs (2015) constatent que les professionnels des GMF effectuant des rencontres de travail planifiées, animées ou non par un facilitateur externe, en profitent pour faire connaissance et établir des relations de confiance. Lessard (2005) identifie la connaissance et la confiance mutuelle comme étant les défis principaux de la CI relevés pour les acteurs du domaine de la santé de la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James. Dans les *Family Health Teams* (Gocan et al., 2014), le modèle de rôle tenu par certains médecins a influencé leurs confrères plus lents à endosser la responsabilité partagée, attente de la réforme, et à entretenir des relations moins verticales entre les médecins et les autres professionnels. Si l'on considère plus largement les écrits concernant le travail d'équipe, la CI ou de l'élargissement du rôle infirmier dans le cadre des soins aux diabétiques, le respect mutuel et la confiance sont des socles relationnels essentiels sans lesquels les changements de pratiques ne se réalisent pas (Conley, 2007; Goderis et al., 2009; Lemieux-Charles et McGuire, 2006; Manski-Nankervis, Furler, Blackberry et Young, 2014; McDonald, Jayasuriya et Harris, 2012; Pineault et al., 2005; Pullon, 2008). Les données de la présente étude permettent d'avancer qu'au-delà de la confiance et du respect, se percevoir comme un apprenant perpétuel qui bénéficie des échanges avec les membres de son équipe interprofessionnelle cultive la CI. Cette intériorisation de la valeur d'apprendre par, avec l'autre et à propos de l'autre semble cultiver une prédisposition à l'innovation.

Concernant la gouvernance, quatrième dimension du modèle de D'Amour et collaborateurs., les résultats quantitatifs de la présente étude ne révèlent pas de liens entre le type de comité de gouverne des GMF et les indicateurs d'implantation des OCD (présence, délai d'implantation, diversité, portée clinique). Par contre, l'étude de cas suggère que la connectivité à l'interne (facilitée par la proximité physique, la formation continue commune, la tenue de rencontres planifiées avec des thèmes prioritaires et la plateforme informatique) est une condition favorable pour établir un leadership mobilisateur, à la fois des médecins, des infirmières et des gestionnaires, leadership qui, à son tour, cultive la CI. Comme relatée par d'autres écrits récents sur les GMF (Bareil et al., 2015; Gilbert et al., 2015; Rodriguez et Pozzebon, 2010), la connectivité des acteurs est alimentée par des rencontres de travail planifiées ou la création de comités impliquant les médecins et les infirmières, le partage de temps et d'espaces et la tenue de dossiers électroniques (Gocan et al., 2014). Cette mise en place d'occasions officielles d'échange et de prise de décision a été laissée à la discrétion des

médecins gestionnaires des GMF et, par conséquent, les pratiques de gestion ont varié (Gilbert et al., 2015). De plus, l'angle de discussion lors de ces rencontres peut être plus ou moins mobilisateur (Rodriguez et Pozzebon, 2010). Or, la présente étude de cas révèle que cette pratique de gestion dans le GMF ayant optimisé ses OCD a été établie très précocement, avec régularité et structure, comme en témoignent les procès-verbaux. À ce titre, la valeur ajoutée de la formation hybride du médecin gestionnaire est à souligner. Les actions posées suggèrent une capacité à lire son environnement externe, à assumer un rôle de traducteur et de négociateur dans un environnement en mouvance. Les pratiques de gestion mises en place ont mobilisé les professionnels dans une forme de leadership davantage collaboratif, laquelle a soutenu la capacité de l'organisation et des individus à assimiler rapidement plusieurs innovations, dont les OCD. En plus de l'optimisation des OCD, ce GMF a été un pionnier pour plusieurs autres innovations, telles l'intégration rapide d'infirmières avec divers profils de formation (IPSPL et infirmières auxiliaires) et l'implantation d'une plateforme informatique (dossiers des patients, impression des prescriptions, communications internes et, partiellement, les communications externes en raison des limites de comptabilité actuelles des systèmes). Comme le reconnaît le rapport diffusé par l'AQESSS sur les modèles et enjeux du partenariat médico-administratif « une grande valeur sera sans contredit attribuée aux médecins qui démontreront leur maîtrise de ces rôles clés [médecin et gestionnaire] » (Denis, Gibeau, Langley, Pomey et Van Schendel, 2012, p. 72).

À l'instar des résultats de la présente étude mentionnant l'importance du travail de sens individuel face à une innovation, l'introduction des IPSPL en GMF a aussi permis d'observer le processus de (re)construction de sens (Rodriguez et Pozzebon, 2010). Celui-ci a été facilité par des échanges verbaux entre les infirmières et les médecins lors de rencontres officielles dans lesquelles étaient abordés très concrètement les soins pouvant être offerts par une IPSPL. Cet angle d'approche a été suggéré par la médecin nouvellement gestionnaire responsable du GMF, après une période conflictuelle sous la gestion d'un autre gestionnaire. L'avantage relatif de la CI, l'avis des pairs à ce sujet et la compatibilité avec sa façon de travailler alimentent le travail de sens sur son propre rôle. Le mouvement d'une collaboration en construction nécessite d'abord que les médecins aient une représentation des OC ou plus largement du suivi conjoint, comme possédant un avantage relatif. Selon les résultats sur les OCD, confirmés par d'autres, cette représentation peut être cultivée soit par l'avis des pairs

(Vedel et al., 2013) ou par un questionnaire du GMF qui en a la conviction (Rodriguez et Pozzebon, 2010), par l'expérience positive avec ce nouveau collaborateur (Vedel et al., 2013) ou par les progrès mentionnés par les patients diabétiques ayant consulté un autre professionnel en 1^{re} ligne (Rodriguez et al., 2006). À l'avis de l'étudiante-chercheuse, ce travail de sens doit s'opérer au plan individuel; en cela cette position diverge de celle de Rodriguez et Pozzebon (2010) qui conçoivent ce travail de sens comme collectif. La présente étude ne nie pas la dimension collective, bien au contraire, mais l'envisage comme étant complémentaire au travail de sens propre à chaque individu. En cela la compréhension du phénomène de déploiement de la CI, formulée ici, exige d'ajouter un plan individuel au modèle de D'Amour et al. (2003, 2008).

La vision d'une pratique infirmière étendue était déjà inscrite dans la politique de lancement des GMF et dans leur contrat d'accréditation. Cependant, des conceptions différentes ont perduré, comme l'ont souligné certains écrits (Gilbert et al., 2015; Roy et Sylvain, 2004), ce qui pourrait expliquer les délais variables dans l'implantation des OCD. D'une façon générale, la progression de la pratique infirmière élargie a été décrite (Jean et Sylvain, 2010; Roy et Sylvain, 2004) comme une vision qui s'est raffinée par la mise à l'épreuve des actions de multiples acteurs et, en partie, actualisée par les suivis systématiques de clientèles. De fait, la CI et les suivis conjoints en découlant ont pu s'appuyer sur des initiatives pré-réforme (Rodríguez et al., 2006), reste qu'ils ont mis plusieurs années à se déployer dans l'ensemble du territoire québécois (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017), et qu'encore il est justifié de se questionner s'ils sont parvenus à une réelle intégration des soins ou plutôt à une fragmentation des soins plus efficace. Ce questionnement trouvera des éléments de réponse dans la prochaine section.

5.1.6 Retombées observées par les professionnels et les patients

La dernière question (question 6) concerne les retombées observées par (a) les professionnels impliqués dans les GMF et (b) par les patients adultes diabétiques de type 2 bénéficiant d'un suivi intégrant des OCD. Patients et professionnels partagent parfois une même perspective sur les retombées, parfois adoptent des perspectives différenciées. Comme aucune des études retenues sur les DA ou les OC n'a recueilli la perspective des patients, il est difficile de faire

des comparaisons avec d'autres résultats aussi spécifiquement. Néanmoins, il est possible d'établir des comparaisons avec les écrits plus généraux sur le suivi diabétique en 1^{re} ligne.

Selon les résultats de la présente étude, patients, médecins et infirmières affirment que l'accès aux professionnels de la santé est accru, but de la réforme (Clair, 2000). Ce constat converge avec celui des professionnels utilisant des DA pour suivre des patients diabétiques (Curtis et al., 2009; Philips et Wilkinson, 2015; Rust et al., 2008; Shojania et al., 2006) et aux retombées attendues et observées du processus général du *task-shifting* (Guilbert et al., 2014; Ishimo, 2015). Une fois les OCD implantées, le rôle étendu des infirmières dans le suivi conjoint contribue à l'amélioration de l'offre de service. Les personnes diabétiques réceptives à ce suivi et les professionnels s'en disent satisfaits.

Les professionnels de la présente étude reconnaissent que les OCD permettent une utilisation plus judicieuse des compétences des infirmières et des médecins, une meilleure utilisation de leur temps, une diminution des délais pour le patient et une meilleure gestion du diabète. Ces mêmes bénéfices ont été identifiés lors d'un sondage auprès d'infirmières spécialisées en diabétologie utilisant des DA (Philips et Wilkinson, 2015). Les professionnels soulignent une congruence accrue entre leurs compétences, leur emploi du temps et le sens qu'ils accordent à leur travail. Ce dernier élément n'a été relevé dans aucune des études retenues dans la recension sur les OC, mais il est présent dans la littérature sur la CI en 1^{re} ligne au Québec (Rodriguez et al., 2006; Rodriguez et Pozzebon, 2010). Lorsque les OCD sont optimisées, la satisfaction des professionnels est affirmée. D'autres (Pineault et al., 2005) avaient déjà reconnu que la satisfaction des professionnels s'accroît avec les changements organisationnels favorisant la CI. Les changements qui ont pour conséquence directe une plus grande réactivité des services à l'égard des patients en 1^{re} ligne, satisfait les professionnels eux-mêmes. Or, cette satisfaction des professionnels crée en soi une condition favorable à une meilleure qualité de services (Pineault et al., 2005).

Lorsque qu'optimisées, les OCD permettent une offre de soins rapide, normée et individualisée avec des suivis beaucoup plus fréquents que le suivi médical offert antérieurement. La figure 1 de l'article 2, intitulée « Retombées des ordonnances collectives pour le suivi conjoint du diabète », montre que l'interaction infirmière-patient stimule l'autogestion lors d'un suivi conjoint d'une durée d'au moins cinq mois pour des adultes

diabétiques. Ces échanges personnalisés, centrés sur des situations récentes offrant une rétroaction positive ou encourageante, permettent un ajustement rapide et sécuritaire de la médication. Ces interactions stimulent l'autogestion, notamment au moyen de la routinisation de certains comportements-clés, de l'intériorisation des cibles glycémiques personnelles et permettent de vivre l'expérience de succès et d'appui. L'enseignement aux patients offert de façon progressive valorisant la modération et la résolution de problème est très apprécié des patients. Il permet l'acquisition de connaissances, d'habiletés techniques et augmente la confiance dans la capacité des patients à agir. Les interactions décrites par les patients de l'étude présentée ici illustrent une pratique avantageuse. En effet, l'occasion de prendre entente avec le médecin de famille sur des cibles personnalisées ou sur une stratégie pour améliorer son état de santé, comme diabétique, a été démontrée profitable, quoique malheureusement peu répandue (Heisler et al., 2003). Dans cette circonstance favorable, les patients relatent une plus grande efficacité personnelle et une évaluation plus positive de leur autogestion. Or, l'autogestion est aux premières loges de la prévention des complications (Comité d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète, 2013; Heisler et al., 2005; Schulman-Green et al., 2012). Dans l'étude sur les patients diabétiques en suivi conjoint en 1^{re} ligne au Québec effectuée avant la réforme (Contandriopoulos et al., 2003; Rodríguez et al., 2006), les médecins ont pu apprécier la contribution des infirmières lorsqu'un patient a mentionné intégrer de nouvelles stratégies d'autogestion ou manifester de la satisfaction quant à l'enseignement reçu. Les résultats sur l'implantation des OCD confirment que cette boucle de rétroaction alimente la dimension « intériorisation » de la CI et participe à son déploiement.

Dans l'ensemble, les résultats sur les OCD détaillent comment une infirmière faisant partie d'une équipe préparée et proactive, comme mentionné dans le *Chronic Care Model*, interagit avec un patient informé et mobilisé (Bodenheimer, Wagner et Grumbach, 2002; Glasgow et al., 2002). L'aspect interactif et progressif de l'enseignement centré sur les actions récentes permet que les patients soient actifs dans l'analyse de leurs comportements (prise de médication, alimentation, activité physique, consommation d'alcool, douleur et stress) et des conséquences sur la glycémie. Cette approche comblerait plusieurs des lacunes démontrées dans les suivis traditionnels offerts en 1^{re} ligne impliquant des patients diabétiques ayant des glycémies hors cibles (Richard, Glaser et Lussier, 2017).

Cela dit, la figure 1 de l'article 2 met l'accent sur les conditions préalables à l'interaction infirmière-patient productive. Celles-ci sont doubles. Des conditions favorables liées aux professionnels et liées aux personnes doivent être présentes pour qu'advienne un suivi conjoint satisfaisant du point de vue des patients et des professionnels. Les résultats de la présente étude soulignent à quel point la trajectoire professionnelle, la CI, l'implantation des OCD, l'offre de service, l'autogestion et la trajectoire de vie de personnes diabétiques sont imbriquées. De plus, l'accent sur la trajectoire de vie, qui découle d'entrevues de patients et de professionnels, renforce la nécessité d'adopter des soins centrés sur la personne.

Pour que s'incarne l'approche centrée sur le patient et sa famille, les soins offerts doivent permettre au patient de percevoir que ses besoins sont au cœur des soins. Les soins pour les personnes diabétiques requièrent que les dimensions physiques, psychologiques et sociales soient prises en compte (Comité d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète, 2008). Or, l'approche centrée sur la personne semble moins répandue parmi les professionnels dans le suivi diabétique que souhaité, et ce, au profit de soins centrés sur la maladie (Zoffmann et Lauritzen, 2006). Comme équipe, être centrée sur l'optimisation des paramètres physiologiques aurait également ses avantages. L'équipe qui priorise l'optimisation traverserait moins d'ambivalence au moment d'introduire l'insuline en appliquant les lignes directrices en vigueur en temps opportun plutôt qu'en tardant indûment (Furler, Spitzer, Young et Best, 2011). Dans le GMF-cas, cette priorisation de l'atteinte de paramètres a nourri le consensus entre les médecins et a favorisé l'implantation des OCD. Cette rapidité à intervenir avec la pharmacopée ne devrait pas dédouaner les professionnels de la santé de maintenir une vision holistique de la personne, des soins, et par conséquent de prendre en compte tous les déterminants de la santé, de saisir tous les leviers pour la normalisation de la glycémie et de l'habilitation de la personne (Comité d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète, 2013; Heisler, Bouknight, Hayward, Smith et Kerr, 2002; Heisler et al., 2005; Heisler et al., 2003; Hibbard et Gilbert, 2014; Schulman-Green et al., 2012; van Dam, Van der Horst, Van den Borne, Ryckman et Crebolder, 2003). Dans le GMF ayant optimisé les OCD (diversité et portée clinique élevées), la considération des besoins verbalisés par les patients a été rapportée par les patients eux-mêmes, les infirmières et les médecins. Cela fait écho à l'approche centrée sur la personne. Chez les patients réceptifs à cette formule, le suivi

conjoint intégrant des OCD optimisées soutient leur engagement et favorise l'autogestion en tenant compte des peurs et des contrariétés dans les périodes de découragement. Plus précisément, selon les observations sur les OCD, un mouvement de convergence s'amorçant progressivement dans la triade infirmière-médecin-patient a été constaté. Il repose sur la capacité de chacun à poursuivre ses visées respectives, à moduler les interactions avec les deux autres partenaires et à manifester de la réceptivité aux propos des autres. Cette convergence n'est pas gagnée d'avance, du moins à l'égard des barrières au traitement identifiées très différemment par les professionnels et des personnes atteintes du diabète (Peyrot et al., 2006). Dans cette condition, la satisfaction est partagée quant au suivi conjoint. Ultimement, les patients vivent de la réassurance laquelle est nourrie par l'accès aux ressources professionnelles en temps opportun et par un sentiment accru de compétence. La réassurance est fortement prisée par les patients. Cela peut s'apprécier compte tenu du fardeau émotif associé au diabète (Capaldi, 2007; Comité d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète, 2013; Delahanty et al., 2007; Holt et Kalra, 2013; Peyrot et al., 2013), verbalisé par la très grande majorité des personnes atteintes rencontrées.

La formalisation du suivi conjoint avec des OCD, élaborées en tenant compte des lignes directrices, permet d'offrir un service très rapide et personnalisé au moment choisi par le médecin pour introduire de l'insuline ou pour optimiser le traitement antidiabétique chez un patient réceptif au suivi conjoint ou encore à la demande d'un patient ayant déjà été suivi conjointement. Ces conditions de suivi laisseraient anticiper une amélioration des paramètres physiologiques, tout comme l'ont constaté 12 études impliquant des DA pour le soin du diabète dans les études sur le *Chronic Care Model* (Shojania et al., 2006). Néanmoins, au Québec en 1^{re} ligne, l'impact du suivi conjoint avec un professionnel sur les paramètres physiologiques de la clientèle diabétique n'a pas été démontré de façon aussi franche. En effet, une étude d'envergure sur la qualité des soins offerts en GMF, en CLSC et dans les cliniques médicales dans trois régions du Québec à une clientèle ayant au moins une maladie chronique, dont le diabète, établit que si le climat d'équipe, mesuré avec le TCI, et le nombre de médecins sont modérément associés à la qualité des soins offerts, ces deux caractéristiques ne sont pas en mesure d'expliquer la variation de l'atteinte des cibles de traitement pour la clientèle diabétique (Beaulieu, Haggerty, et al., 2013). De fait, globalement, l'atteinte de ces

cibles est assez modeste puisque moins de 60 % des patients diabétiques affichaient un $HbA1c \leq 7\%$ (Beaulieu, Haggerty, et al., 2013). Cette dernière étude ne s'est pas penchée sur la présence ou l'utilisation des OC, par conséquent il est impossible de statuer sur le rôle des OCD sur la qualité des soins. Par ailleurs, elle permet de constater que, jusqu'en septembre 2010, la pratique interdisciplinaire en 1^{re} ligne est la caractéristique organisationnelle (parmi celles évaluées) affichant la plus grande variabilité, et qu'aucun des sites participants ne bénéficiait d'une plateforme informatique clinique, bien qu'il soit le moyen recommandé pour offrir de façon efficiente le suivi conjoint et soutenir le travail d'équipe. Sous cet angle, le GMF-cas identifié, avec les indicateurs choisis ici pour qualifier l'implantation d'OCD, s'affiche comme un exemple d'organisation avant-gardiste à cette période, méritant l'attention pour mieux comprendre comment se déploie la CI.

5.2 Retombées de l'étude

À la connaissance de l'étudiante-chercheuse, cette étude est la première à s'attarder aux ordonnances collectives pour le suivi du diabète dans le contexte des GMF. Le fait qu'elle interroge directement les patients sur leur expérience de suivi conjoint la démarque des études portant sur les DA. Comme objet intermédiaire puis objet-frontière, les OC s'affirment comme objet de recherche d'intérêt. Les retombées de nature conceptuelle, clinique, méthodologique, pédagogique et pour la gouvernance sont présentées.

5.2.1 Retombées conceptuelles

S'attarder aux acteurs des GMF, confrontés à l'opportunité d'une innovation, a permis de scruter comment la transformation des liens interprofessionnels s'est opérée au fil du temps, en prenant ancrage dans un processus individuel, organisationnel et systémique. La présente étude affirme que la CI est à considérer comme un élément central pour introduire une innovation dans le domaine des soins et des services de la santé puisque les soins et les services y sont rarement dispensés par les membres d'une seule profession. Elle met en évidence de façon plus ciblée l'articulation entre l'implantation d'une innovation et le processus de déploiement de la CI. Elle augmente le corpus de connaissances sur le modèle spécifique de la structuration de la collaboration. Elle le raffine en suggérant la préséance des dimensions de la finalisation (vision/but commun et finalisation/allégeance) et

l'intériorisation (confiance et connaissance mutuelle) sur celles de la formalisation et de la gouvernance, chez des professionnels ayant une grande autonomie dans le contexte d'une nouvelle organisation de soins de santé.

Concernant la compréhension des processus d'implantation d'innovation, les résultats de la présente étude distinguent un processus individuel et d'équipe au sein d'une organisation et d'un système. Les professionnels ont dû « donner un sens » à cette innovation en fonction de leurs expériences, des bénéfices anticipés et des échanges avec leur réseau proximal. Ce travail de sens individuel est effectué par le professionnel en évoquant ses expériences, sa vision de son propre rôle professionnel et par un dialogue avec les acteurs proximaux. Ce processus individuel et celui, plus collectif, du consensus scellé par la formalisation sont imbriqués. Les normes, largement utilisées dans le système de santé pour encadrer les organisations et les professionnels, ont aussi été démontrées actives dans le processus d'implantation des OCD. L'enchâssement des conditions favorables est un moteur pour qu'adviennent des transformations dans les soins et les soins centrées sur la personne. Jusqu'à présent, les études sur l'implantation des DA ont majoritairement commenté les conditions favorables et défavorables sans les relier. Or, offrir une perspective plus dynamique était une voie indiquée pour l'avancement des connaissances.

Au terme de cette étude, deux schémas font état des processus observés. Ces produits renseignent sur les facteurs d'influence et leurs liens, l'un prenant l'angle des conditions de l'implantation des OCD, et l'autre, l'angle des retombées du suivi conjoint pour les professionnels utilisant les OCD et la personne atteinte du diabète. La figure 1 de l'article 1 a le mérite de distinguer les influences liées aux professionnels de celles liées aux contextes interne et externe, en plus de décrire des processus qui lient ces éléments enchâssés. La figure 1 de l'article 2 suggère que l'enchâssement des dimensions favorables liées au suivi conjoint avec OCD est crucial pour que prennent forme rapidement des soins centrés sur la personne qui sont satisfaisants pour tous les membres de la triade médecin-infirmière-patient. Il situe l'interaction infirmière-patient dans la trajectoire soit professionnelle, soit personnelle de chacun des acteurs. Selon l'avis de l'étudiante-chercheuse, cette conceptualisation s'inscrit dans un prolongement cohérent avec l'esprit du modèle infirmier sur le partenariat

collaboratif avec la personne (Gottlieb, Feeley et Dalton, 2005) en exposant comment la triade s'organise par un mouvement progressif de convergence lors du suivi conjoint.

Ce travail de conceptualisation pourrait aider à explorer l'implantation d'un DA au sein d'un autre système législatif, l'implantation d'autres innovations en 1^{re} ligne ou encore comme point de comparaison avec celles impliquant une autre dyade professionnelle que les médecins et les infirmières. Une avenue possiblement profitable serait de poursuivre la réflexion sur la notion de « donner un sens à son propre travail en lien avec la CI » dans d'autres contextes ou avec d'autres partenaires. L'intégration massive et éminente des travailleurs sociaux dans les GMF pourrait tirer profit de ces résultats pour accélérer le déploiement de la CI dans cette nouvelle configuration d'équipe. Aussi, le travail de conception des pratiques et des stratégies optimisant l'autogestion des patients pourrait être validé auprès d'autres clientèles ayant une maladie chronique et bénéficiant d'un suivi par l'infirmière en GMF.

5.2.2 Retombées cliniques

Les résultats de cette étude soutiennent que le suivi conjoint avec les OCD est une proposition réalisable et même avantageuse pour le patient, l'infirmière et le médecin. Les OCD représentent une avenue à emprunter pour transformer les activités cliniques des équipes en 1^{re} ligne. Déjà, des écrits avaient soutenu la valeur ajoutée des DA dans des contextes législatifs différents; l'apport de cette étude est de réitérer ce constat dans le contexte québécois des soins impliquant des personnes diabétiques. La CI permet de mieux répondre aux besoins d'accès de la population québécoise et à celui du soutien à l'autogestion exigeant la continuité. Cependant, les observations sur les OCD soulignent à quel point les retombées du suivi conjoint pour les patients diabétiques sont imbriquées, d'une part, dans la trajectoire des professionnels impliqués et, d'autre part, dans la trajectoire de vie des patients. Cet angle d'approche de la pratique clinique et de l'autogestion invite à réfléchir en termes de parcours des uns et des autres, au moins minimalement, ce qui rend honneur à la richesse des rapports humains dans le contexte des soins.

Selon l'avis de l'étudiante-chercheuse, le suivi conjoint avec les OCD est cohérent avec les soins centrés sur le patient en médecine de famille. En effet, ceux-ci incluent, dans leur

définition, l'interaction directe entre le patient et le médecin de famille ainsi que les soins organisés et coordonnés par celui-ci et l'équipe de soins (Collège des médecins de famille du Canada, 2009). La description détaillée de l'interaction infirmière-patient au cours du suivi met en lumière des stratégies spécifiques qui contribuent à soutenir l'autogestion. Elle met de l'avant l'importance de l'accompagnement personnalisé, ancré dans l'expérience du quotidien du patient, centré sur les événements récents comme condition de l'intériorisation du processus d'analyse des glycémies et de prise de décision. Par ailleurs, le processus de convergence décrit découle de dispositions de chacun des partenaires de la triade (visée, réceptivité, capacité de moduler les interactions). Cette explicitation pourrait cultiver la responsabilisation de chacun dans le suivi conjoint pour établir ce rapport collaboratif. Cette zone d'inter-influence suscite l'intérêt des chercheurs sur la prise de décision partagée (Elwyn et al., 2014) et ceux intéressés par l'évolution des soins et services en 1^{re} ligne (Gocan et al., 2014).

La présentation de ces résultats, lors de formations continues ou des congrès ciblant les médecins ou les infirmières, pourraient les sensibiliser aux avantages relatifs de ce type de suivi et aux conditions favorables pour profiter de ses retombées potentielles. Une première présentation a été prononcée par l'étudiante-chercheuse au Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIEF) à Montréal en 2015 (Bois, 2015). Pareillement la diffusion de ces résultats auprès de patients diabétiques pourrait cultiver la réceptivité des patients à ce type de suivi, voire les encourager à formuler eux-mêmes à leur médecin traitant des demandes de suivi conjoint, s'ils en ressentent le besoin. La schématisation et la scène narrative ont été des véhicules de communication des résultats bien reçus par les professionnels du GMF-cas et qui pourraient être pertinents pour un plus large auditoire.

5.2.3 Retombées concernant la méthode

La présente démarche a mis en valeur la complémentarité des méthodes quantitatives et qualitatives pour mieux comprendre les phénomènes sociaux complexes en prenant en compte le point de vue d'une diversité d'acteurs-clés dans l'implantation des OCD. Elle a démontré la richesse explicative d'une étude en deux volets, dont le premier contribue à faire un portrait général et à sélectionner un cas (autrement que par réputation), pour ensuite

détailler des processus. Cet exemple offre des repères concrets pour la collecte, l'analyse, la rédaction des résultats issus de devis mixte de type séquentiel explicatif.

Contrairement à l'OCCH, les GMF ne bénéficiaient pas au moment de l'étude d'un modèle provincial pour les OCD : il a ainsi été nécessaire de développer des stratégies pour évaluer leur degré de mise en œuvre (présence, délai d'implantation, diversité et portée clinique). Ces stratégies pourraient être réutilisées pour étudier une autre OC ou un DA. Pour apprécier le délai, l'extraction de l'information de deux sources a été mise à contribution. L'avis d'experts a permis d'établir une cotation des OCD avant même de recueillir les OCD implantées pour décrire la diversité et la portée clinique. Ce procédé de quantification (Teddle et Tashakkori, 2009) est reproductible. Par ailleurs, la catégorisation des GMF selon leur vague d'accréditation et l'utilisation de cette variable dans les analyses subséquentes reprend et donne un appui au traitement de cette variable, tel qu'effectué par Guilbert et al. (2013).

5.2.4 Retombées pédagogiques

Les résultats de la présente étude s'ajoutent à une longue liste qui met en évidence l'influence des interactions entre les professionnels sur les soins offerts et l'accès (Organisation mondiale de la santé, 2008) laquelle invite à cultiver de meilleures prédispositions individuelles et d'équipe à la CI. Pour déployer la CI, plusieurs ont invoqué le levier de la formation initiale (Hammick, Freeth, Koppel, Reeves et Barr, 2007; Reeves et al., 2016); d'ailleurs, le plan stratégique 2016-2018 de l'Université de Sherbrooke priorise ces développements en ce sens (Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke, 2016). Déjà le transfert de connaissances par l'étudiante-chercheuse au sein de la structure d'appui au développement de la compétence de la collaboration professionnelle a alimenté trois productions, soit un cadre de compétence à la collaboration professionnelle partagé par tous les programmes de la Faculté de médecine et des sciences de la santé, un atelier interfacultaire pérennisé et un module de formation en ligne sur la gestion de conflit.

Dans une perspective de transformation des pratiques, les résultats de la présente étude soulignent l'influence déterminante des pairs chez les médecins, la valeur du partage de l'expertise et des documents par les unités tertiaires spécialisées dans le soin d'une condition

de santé aux équipes GMF. De plus, pour les professionnels du GMF-cas, la posture d'apprenant perpétuel a été identifiée comme une condition favorable à la CI et à l'innovation. Comme praticien dans la perspective d'enrichir sa pratique, pour avoir accès à un plus vaste bassin de ressources, il est judicieux de considérer les réseaux autres que ceux orchestrés selon une logique verticale et territoriale.

5.2.5 Retombées concernant la gouvernance

Selon l'ensemble des résultats de la présente étude, pour que s'incarnent progressivement les intentions d'une réforme, il faut davantage que des modifications législatives et une nouvelle structure organisationnelle. Visiblement d'autres appuis entrent en jeux. Ils gagneraient à être activés plus intentionnellement. Cette étude met en évidence les processus actifs lors d'une importante réforme de 1^{re} ligne au Québec. La réforme a proposé un changement culturel vers une vision plus collective des soins primaires, principalement par la responsabilité partagée des soins et la collaboration plus étroite des médecins avec les infirmières. Toutefois ces changements n'ont pas été effectués uniformément dans les GMF du Québec. Pour en faire état, les résultats du volet 1 de la présente étude ont été portés à l'attention de décideurs et d'acteurs-clés lors du IV^e Rendez-vous des maladies chroniques, congrès tenu à Montréal en 2012 (Bois, 2012).

L'ensemble des résultats contribue à expliciter comment, pour certains GMF, les changements se sont opérés rapidement. Cette contribution est probablement une des plus importantes que l'on puisse en tirer pour la gouvernance clinique. Elle met en exergue l'interdépendance du contexte externe, du contexte interne incluant la CI s'y manifestant, du renouveau des pratiques professionnelles des médecins et des infirmières, du suivi conjoint offert aux personnes diabétiques et du soutien à l'autogestion.

La présente étude démontre l'incontournable nature sociale et politique des innovations dans le domaine des soins primaires, déjà remarquée par plusieurs chercheurs (Denis, 2002; Lehoux, Denis, Rock, Hivon et Tailliez, 2010), dont ceux s'intéressant aux retombées des politiques gouvernementales australiennes favorisant la prise de décision partagée lors de suivi conjoint pour les diabétiques (McDonald et al., 2012). Les retombées attendues de récentes réformes misant sur la CI ont été amenuisées par les stratégies pour protéger

l'autonomie professionnelle, la tension entre les logiques des organisations et aussi le souhait des professionnels de se soustraire à l'interdépendance, alors que précisément ce rapport d'interdépendance entre professionnels est essentiel à la CI accrue. Lors des réformes dans le domaine de la santé, les professionnels font des choix stratégiques (Gilbert et al., 2015; McDonald et al., 2012), mais chacun n'a pas les mêmes capacités de faire valoir sa perspective (Lehoux et al, 2010). Cette étude souligne le poids bien présent des pôles décisionnels historiquement plus sensibles à la logique de la responsabilité professionnelle individuelle qu'à la responsabilité populationnelle. Par conséquent, il apparaît nécessaire d'envisager la transformation des pratiques professionnelles à la fois sur le plan individuel, relationnel, organisationnel et sociopolitique.

La contribution de la présente étude est d'affirmer que formalisation est une voie de déploiement de la CI, puis d'avancer un pas de plus, en examinant comment, lorsque la CI est établie, le suivi conjoint stimule l'autogestion des patients. En cela, le savoir produit est utile pour argumenter en faveur des conditions à établir pour une gestion des organisations plus favorable à l'accès accru aux services de santé et à l'autogestion.

Par ailleurs, il est possible de constater que le pouvoir de transformation des OC réside dans cette irréversibilité d'une pratique plus étendue pour les infirmières et d'une pratique plus collaborative pour les professionnels impliqués. Les protocoles avaient déjà été évoqués, par d'autres auteurs, comme une occasion structurée de mésententes située dans le temps et l'espace pour définir les frontières professionnelles (Reay, 2013, cité dans Gilbert et al., 2015). À cet égard les OCD comme les protocoles, à la lumière des résultats de la présente étude, se qualifieraient en effet d'objets intermédiaires, comme l'entend Vinck (2003) :

Au fur et à mesure de la mise au point de tels objets intermédiaires, de leur mise en circulation et de leur mise à l'épreuve au travers des débats notamment, ils créent une forme d'irréversibilité dans la dynamique collective, tant sur le plan de la production scientifique que de la re-construction identitaire (Par 26).

Devant ce constat, et ce, dans une perspective de gouvernance clinique telle que conçue par Pomey, Denis et Contandriopoulous (2008), de tel dispositifs ont le potentiel de faciliter la synergie des acteurs du système de santé. Cette synergie recherchée pourrait s'actualiser davantage si les forces en présence arrivent à mettre en phase rapidement la gouvernance

d'ensemble et celle de proximité en misant sur des pratiques stratégiques et managériales en cohérence. En ce sens, les ressources et les interventions pour appuyer les efforts de formalisation au niveau local, régional et provincial apparaissent comme un investissement judicieux. La circulation des initiatives et leurs évaluations ont le potentiel d'améliorer la collaboration entre les acteurs, d'améliorer les soins et les services, surtout si la mise à l'essai, la recherche évaluative et le transfert des meilleures pratiques de gestion et de soins sont soutenus. Dans la présente étude, le rôle d'infirmière conseillère-cadre a été reconnu comme déterminant de la dynamique de la gouvernance de proximité.

5.3 Forces et limites de l'étude

Dans la prochaine section, les forces et les limites de l'étude persistantes malgré toutes les précautions prises lors de sa réalisation sont abordées.

À la connaissance de l'étudiante-chercheuse, l'implantation des OCD n'avait pas encore été décrite. Ainsi pour explorer et expliquer ce processus et ses retombées en lien avec la CI, l'emploi d'une méthode mixte est justifié pour répondre adéquatement aux questions formulées. En adoptant une position pragmatique, le présent protocole a combiné deux méthodes couramment utilisées dans les études sur l'innovation (Touati et Denis, 2013). Une compréhension en profondeur des différentes conditions favorables au déploiement de la CI dans les GMF a été atteinte. Choisir un seul dispositif, les OCD, pour étudier le déploiement de la CI est réducteur. Néanmoins il a offert l'avantage de décrire un mouvement d'ensemble au plan provincial avec des moyens modestes. Dans l'ensemble, les procédures d'échantillonnage, de collecte, d'analyse et d'intégration des données ont été effectuées en tenant compte des critères de rigueur et de validité pour chacun des deux volets. Les choix méthodologiques ont permis, entre autres, la triangulation des sources (médecins de famille, infirmières, patients, gestionnaires), la triangulation des approches (quantitatives et qualitatives), l'usage de diverses stratégies de collecte (questionnaire, documents, observation, entrevue) et une démarche itérative d'analyse.

5.3.1 Volet I

Ce volet a été mené avec une perspective exploratoire et non confirmatoire sachant dès le départ que le petit nombre d'unités à l'étude, les GMF, limiterait la validité des conclusions

statistiques pouvant être tirées du volet 1. Par contre, l'échantillon exhaustif des GMF était bien circonscrit et il était envisageable de tous les inviter à participer afin d'amenuiser menaces à la validité des conclusions statistiques. Beaucoup d'énergie a été consacrée aux démarches éthiques pour maximiser le nombre de GMF pouvant être invités. Aussi des ressources importantes ont été investies pour recruter tous les GMF finalement éligibles. Reste que le nombre de participants est restreint et que le nombre de questions par rapport au petit nombre de participants est une faiblesse. Après avoir vérifié la saisie des données, la normalité de la distribution des diverses variables a été testée afin de sélectionner et d'effectuer les tests statistiques les plus appropriés. Les analyses effectuées par l'étudiante-chercheuse ont été révisées à trois moments différents par des ressources spécialisées en analyses statistiques.

Malgré qu'il s'agisse d'une étude exploratoire, un seuil alpha de 0,05 a été maintenu. Les comparaisons effectuées entre les GMF participants et les non-participants sur les caractéristiques contenues dans la liste officielle partagée par le MSSS avec l'étudiante-chercheuse permettent d'affirmer qu'ils étaient comparables. Plusieurs des différences observées entre les participants sur les indicateurs de l'implantation les reconnaissent comme issus de populations différentes. Au regard des études descriptives transversales, l'erreur de type I est toujours une possibilité qui rappelle aux chercheurs de garder une réserve quant aux résultats obtenus. Par ailleurs, le choix de regrouper les GMF utilisateurs d'OCD qu'ils soient privés ($n=20$) ou public/mixtes ($n=11$) après avoir déterminé qu'ils ne se distinguaient pas au sujet de délai de l'implantation de leur première OCD et du score total OCD a potentiellement conduit à des constats erronés. En effet, le manque de puissance pourrait avoir mené à l'absence de détection d'une différence significative du délai ou du score total selon le statut légal, alors qu'elle était réelle pour l'une ou l'autre des variables. Si cela a été le cas en vérité, le jumelage des utilisateurs pour les analyses subséquentes a introduit des interactions minant les conclusions sur les conditions favorables à l'implantation de la première OCD.

Certaines précautions ont été prises pour assurer la validité de contenu du questionnaire. Il a été élaboré, en se guidant sur le modèle théorique initial ainsi que testé auprès de 3 experts pour vérifier la pertinence des énoncés en fonction des objectifs de l'étude, la clarté des

consignes et des énoncés. La présentation visuelle du questionnaire soignée visait à limiter le nombre de questions non répondues. Le temps moyen consacré à lecture du consentement du participant et de réponse aux questions, sans compter celui pour repêcher d'éventuelles OCD implantées et de leur impression pour en faire l'envoi, le cas échéant, a été estimé par un prétest auprès de trois infirmières volontaires. Néanmoins, les qualités métrologiques du questionnaire ne sont pas démontrées, puisqu'aucun test-retest n'a été fait (fidélité), ni d'analyse factorielle (cohérence interne) ou encore de comparaisons de groupes connus comme contrastants (validité de construit). La confiance dans les scores du TCI, seul segment du questionnaire ayant des qualités métrologiques reconnues, a été amoindrie en raison des choix méthodologiques de l'étudiante-chercheuse. Pour des considérations de faisabilité dans le volet 1, le TCI a été rempli que par une répondante par GMF plutôt que par l'ensemble des membres professionnels comme recommandé. Planifier la complétion du TCI par l'ensemble des professionnels et des employés des GMF sollicités a été jugée irréaliste en fonction des ressources disponibles et du fardeau de réponse des participants : ainsi, le calcul reposant sur l'avis d'un seul membre par GMF a été retenu. Par conséquent, une réserve très prononcée sur cet indicateur est de mise.

Pour apprécier les caractéristiques des OCD implantées, la présente démarche s'est inspirée des façons de faire des autres études sur les DA et l'OCCH présentées dans la recension. L'opérationnalisation par quatre indicateurs des OCD (présence, délai d'implantation, diversité et portée clinique) peut être critiquée. Toutefois, l'effort de conciliation entre les renseignements fournis par le questionnaire et les OCD reçues augmente la confiance sur l'exactitude de l'état de situation. La validation par un second juge de la cotation de chaque OCD analysée (avec discussion jusqu'à consensus lorsque divergence) et la contre-vérification du score total pour chaque GMF sont des forces. Reste que le procédé utilisé pour qualifier l'implantation des OCD est nouveau et il ne renseigne pas sur la qualité du contenu des OCD. De plus, bien que des OCD existent, rien ne garantit leur utilisation effective.

Pour assurer une validité externe du volet 1, plusieurs stratégies ont été mises de l'avant lors de la planification de l'étude et de l'analyse des données. Un effort soutenu a été fait pour interpellier la population totale des GMF du moment. Après les démarches éthiques (n=197

GMF accessibles) et les comités de convenance (n=193), toute la population éligible a été sollicitée pour laquelle le taux de réponse est modeste (27 %), bien que le recrutement postal ait suivi les pratiques recommandées pour l'optimiser (Dillman, Smyth et Christian, 2008). À titre comparatif, d'autres enquêtes sur des sujets connexes permettent de mettre en perspective ce taux de réponse. Des taux de réponses plus élevés ont été observés dans des études menées par des organismes centraux, tel le Ministère de la santé et des Services sociaux (2008) ou la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (FIIQ) (2006). À titre d'exemple, à partir d'un échantillon exhaustif de 19 GMF, 50 % des infirmières membres accréditées de la FIIQ en GMF ont répondu au sondage organisé par cet organisme. Pareillement, une étude d'envergure menée par un groupe de chercheurs chevronnés ciblant les organisations de 1^{re} ligne de Montréal et la Montérégie, incluant les GMF, a obtenu un taux de participation de 62 % en s'adressant, elle aussi au médecin responsable de la clinique (Perreault, Pineault, Da Silva, Provost et Feldman, 2017; Pineault et al., 2014). Néanmoins des taux comparables ou inférieurs ont été obtenus par des sondages sur des sujets connexes adressés aux médecins de famille ou aux infirmières directement. Par exemple, le sondage national aux médecins de famille canadiens sur le thème de la CI affiche un taux de 31 % (Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne et Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2007). L'étude provinciale portant sur l'OCCH adressée directement aux infirmières, pourtant pressenties comme des professionnelles plus réceptives à cette thématique précise (Guilbert et al., 2013) affiche un taux identique au nôtre, soit 27 %. Finalement, un récent sondage Web commandé par l'OIIQ au sujet de la prescription infirmière auprès de ces membres a obtenu 5 % de taux de réponse (Borgès Da Silva, Brault, Dubois, Motulsky et Prud'homme, 2017). En dépit du taux de réponse faible, la comparaison au moyen d'analyses statistiques des caractéristiques structurelles (région, statut légal, nombre de site) des GMF participants et des non-participants au sein de l'échantillon exhaustif et admissible permet d'avancer que ces groupes sont comparables, ce qui soutient la confiance envers la validité externe de l'étude.

Dans le contexte sociopolitique du moment et à la lumière d'une étude québécoise sur la 1^{re} ligne (Pineault et al., 2008), il a été jugé approprié de s'appuyer sur le lien d'autorité fonctionnelle unissant les infirmières et les médecins en GMF. Ainsi l'étudiante-chercheuse s'est adressée au médecin-gestionnaire du GMF pour recruter la répondante ciblée au sein de

ce même GMF. Cette façon de faire a créé un intermédiaire de plus, ce qui a possiblement diminué le taux de réponse. À la lumière de d'autres publications impliquant des infirmières en GMF comme répondante, d'autres façons de procéder auraient pu être envisagées. À titre d'exemple, lancer l'invitation directement aux infirmières en GMF via la liste de l'OIIQ des infirmières acceptant d'être contactées par un tiers à des fins de recherche, puis s'adresser à elles à leur domicile par la poste (Bergeron, Bourgault et Gallagher, 2015); s'adresser directement à elles par courriel ou faire circuler l'information de la tenue de l'étude via la communauté de pratique des infirmières en GMF (Poitras, 2016) ou s'associer à d'une étude-mère et contacter les infirmières via des chargés de projet de l'étude-mère pour obtenir le courriel des infirmières admissibles d'un nombre restreint de GMF en ciblant les GMF d'une région choisie par choix raisonné et de convenance (Nicol-Clavet, 2017). Les choix faits ici ont tenté d'amenuiser les limites en termes de biais d'invitation et de biais de sélection, lesquels devraient être évités lors d'une enquête.

Il est possible que les médecins sollicités dans le contexte d'implantation des GMF aient perçu la présente étude comme de l'inquisition ou de l'évaluation de leur performance directe. Si tel est le cas, cette impression a pu engendrer que les GMF les plus favorables aux OC et ceux ayant une appréciation positive de leur état de situation aient participé davantage. Par conséquent, on pourrait envisager une surestimation des indicateurs de l'implantation des OCD rapportés. Comme le recommandent MacDonald, Newburn-Cook, Schoplocher, et Richter, (2009), la comparaison entre les caractéristiques de l'ensemble des GMF existants et celles des participants a été testée pour la période d'accréditation et le statut légal. Aucune différence significative n'a été observée pour la vague d'accréditation. Bien que les GMF privés soient sous-représentés, aucune différence significative dans le type de gouvernance (comité uniquement médical, comité pluridisciplinaire avec ou sans infirmière) au sein des GMF participants entre les GMF privés et publics/mixtes n'est observée. Un biais de sélection est suspecté, ainsi, il faut faire preuve de réserve avant de transposer les résultats à l'ensemble des GMF actifs à la période de collecte. Néanmoins la comparaison des caractéristiques des unités participantes avec celles de la population exhaustive est une force de la présente étude, car ce type de comparaison n'a pas été fait dans les autres études sur les OCCH ou les OCITSS, et très rarement dans les études sur les DA (Guilbert et al., 2011; Wilkinson, 2015).

5.3.2 Volet II

Concernant l'étude de cas effectuée, les critères de rigueur formulés par Yin (2009) alimentent le regard critique de l'étudiante-chercheuse. Quatre critères dont la validité de construit, la validité interne, la validité externe et la fiabilité seront discutées en avançant les forces et les limites de l'étude. L'étude de cas nécessite plus qu'une planification initiale, elle exige la poursuite de sa construction tout au long de la démarche. Une force à souligner ici est d'avoir, à la fois, planifié les différentes étapes de collecte et de traitement, et à la fois, modulé les activités de recherche pour respecter les priorités cliniques de l'équipe et ainsi réagi aux renseignements obtenus progressivement en se recentrant toujours sur les mêmes questions fondamentales.

Parmi les forces pour assurer la validité de construit, citons que le choix du contexte d'implantation, les GMF, et celui de l'objet, les OC, ont été largement justifiés par la recension. S'ajoute l'opérationnalisation des concepts de la CI et de l'implantation d'innovation d'un modèle initial guident la collecte et d'analyse. La boucle itérative entre les conséquences de l'implantation d'une innovation et la réceptivité de l'organisation a été soulignée dès le départ comme décrite dans le modèle de Greenhalgh et al. (2004). Cette attention particulière à la CI a permis son approfondissement par l'étude de cas, méthode particulièrement appropriée pour comprendre des processus (Yin, 2009).

Le cas exploré était un cas circonscrit dans l'espace et le temps et ciblait un bassin fermé de personnes. Préalablement au recrutement, les critères de sélection des GMF admissibles et ceux des personnes participantes ont été explicités, la collecte de données planifiée, les guides d'entrevues semi-structurés selon le type de participants ciblés élaborés. Une fois le volet 1 complété, l'entente avec les responsables du GMF pressenti pour l'étude de cas a été prise. La volonté de participer de chacune des personnes approchées a été confirmée la première fois par écrit, puis à chaque moment de contact à l'oral en clarifiant toujours l'intention de l'action posée auprès d'elles. Les activités de collecte ont été adaptées selon les opportunités et les besoins de clarification. À titre d'exemples : a) la consultation de documents non ciblés au départ et b) la réalisation d'une rencontre (non anticipée de la part de l'étudiante-chercheuse dans le protocole) avec les membres d'un comité dont le mandat est l'amélioration des soins pour les maladies chroniques et deux représentantes de compagnies

pharmaceutiques sur l'heure du lunch. La sélection des personnes atteintes de diabète a été intentionnelle. Celles-ci avaient des profils contrastés en termes d'emploi du temps, de traitement diabétique, d'infirmière dédiée au suivi conjoint et de médecin traitant. Par ailleurs, la formation comme psychologue et l'expérience de travail de près de 15 ans de l'étudiante-chercheuse auprès de cette clientèle ont facilité la conduite des entrevues en général et sa compréhension des termes médicaux utilisés par les participants. À notre connaissance, la présente démarche a le mérite d'être la première à s'intéresser aux OCD en y incluant le point de vue des patients.

Une fois les données recueillies et sommairement analysées, les informatrices-clés ont été sollicitées à plusieurs reprises pour réagir verbalement, compléter ou nuancer (spontanément lors d'une visite d'observation ou planifiée, d'une durée de 10 à 30 minutes maximum) à mi-parcours et à la fin de la période de collecte de données. L'infirmière, informatrice-clé, a donné ses commentaires sur les productions écrites. L'ensemble des professionnels de la santé du GMF-cas a aussi eu l'occasion de réagir à une présentation orale organisée sous forme de formation continue sur l'heure du lunch (le 7 mai 2015). Toutes les personnes atteintes de diabète qui ont participé à l'étude ont validé l'exactitude d'une synthèse de leur rencontre en dyade.

Comme limites importantes, il faut mentionner que l'accès aux documents et aussi la sollicitation des participants atteints du diabète ont été orchestrés par les informatrices-clés. De plus, les informatrices-clés ont pu être particulièrement conciliantes face aux productions à réviser, en raison de leur fardeau clinique, du fait qu'il s'agissait de productions d'une étudiante ou que le portrait de leur organisation par les synthèses soumises leur ait apparu positif. De la même façon, les patients ont pu ne pas être à l'aise de modifier le résumé synthèse compromettant ainsi la justesse des propositions théoriques.

Pour assurer la validité interne, la stratégie principale mise en place a été la triangulation de plusieurs sources (patients, professionnels, employés, acteurs externes) et de plusieurs stratégies de collectes de données (analyse documentaire, entrevues, observation non participative, questionnaire, fiche d'activité de collecte). La triangulation permet de maximiser la densité interprétative du cas à l'étude, et conséquemment, d'augmenter la transférabilité des résultats obtenus à d'autres milieux (Yin, 2003). L'accès aisé aux données

brutes et transformées est aussi une force de la présente démarche. En effet, la collecte et l'analyse de toutes les données du seul site ont été effectuées par l'étudiante-chercheuse. Les données brutes et transformées sont archivées sur une plateforme avec le logiciel NVivo 9 puis 10, selon deux axes (stratégie de collecte et thèmes). Des fiches d'activités décrivent la date et les circonstances dans lesquelles la collecte de données a été effectuée. Le processus de condensation (Miles et Huberman, 2003), a été amplement utilisé, principalement en réorganisant les données en tableaux, en lignes du temps et en schémas, puis en conservant le plus souvent des verbatim ou des extraits de documents. Les produits de l'analyse ont été discutés avec les directrices de la thèse en évoquant des explications alternatives ou le besoin de mettre en œuvre d'autres démarches pour consolider la proposition.

Une des limites importantes de l'étude quant à la validité interne est l'accès au matériel écrit pour capter et décrire une séquence d'événements. En effet, les responsables du GMF n'ont pas nécessairement archivé tout le matériel qui aurait représenté un intérêt pour l'étudiante-chercheuse. Aussi les informatrices-clés ont pu oublier des renseignements pertinents aux questions de l'étude ou choisir intentionnellement de ne pas les partager. Concernant les entrevues auprès des professionnels et des employés, elles s'exposent largement au biais de rappel, d'autant plus que l'accréditation du GMF datait de plusieurs années au moment de la collecte des données. Bien que plusieurs garde-fous ont été mis en place (entretiens individuels, assurance de confidentialité, invitation à l'honnêteté, relation non autoritaire entre les interviewées et l'étudiante-chercheuse), la désirabilité sociale a pu modifier le matériel livré et biaiser les conclusions tirées.

En termes de la validité externe, le choix d'une seule organisation est une limite sérieuse. Malgré les stratégies pour évoquer des explications alternatives dès la collecte jusqu'à la schématisation finale, la séquence a été observée que pour une seule unité d'analyse. Cela affaiblit considérablement le pouvoir explicatif de la démarche présentée ici. Yin (2003) recommande d'investiguer trois cas différents. Ainsi, il serait plus prudent d'affirmer que la présente étude indique des processus à explorer davantage, soit en ciblant une autre innovation de procédé au sein des GMF, soit en effectuant des études de cas additionnelles sur les OCD avec un choix de GMF aux caractéristiques contrastées quant aux relations qu'entretiendraient ces GMF avec la DSI de l'établissement, par exemple.

5.3.3 Devis mixte

Concernant globalement la réalisation d'un devis mixte, parmi les forces à souligner, on peut mentionner les stratégies utilisées pour endosser les principes de cohérence, de planification, de transparence et de chaîne de preuve des devis mixtes (Bourgault et al., 2010; Pluye, Nadeau, et al., 2009). Ces stratégies ont consisté à a) produire un tableau synthèse pour expliciter les liens entre les questions de recherche, les variables, les méthodes, la collecte, la conduite des analyses, l'intégration des données des deux méthodes et la présentation des résultats (Bryman, 2008); b) produire un schéma dans l'article 1 pour illustrer la contribution et l'intégration des données quantitatives et qualitatives du devis mixte; c) mentionner clairement, au moment de l'intégration des données, le volet dans lequel les données ont été observées et d) mentionner les divergences constatées entre les sources et les volets, pour rendre transparent le travail d'interprétation et d'intégration plutôt que de fournir que des synthèses interprétatives (Sandelowski et Barroso, 2003), sous forme de schéma synthèse. Selon les critères de Pluye et collaborateurs (2011), ce devis se mériterait une appréciation mitigée du volet 1 due aux réserves sur le questionnaire et le taux de réponse au sondage et une appréciation plus positive à l'égard du volet 2.

Selon Miles et Huberman (2003), le chercheur devrait être à l'affût des divergences qui pourraient émerger de l'acte de trianguler. En effet, chercher les preuves contraires aux pistes d'interprétation est prescrite tout au long de l'analyse de l'étude de cas (Stake, 2005; Yin, 2003; 2009). Les sources contradictoires ont possiblement dirigé l'étudiante-chercheuse vers une explication plus complexe, voire plus respectueuse du contexte (Miles et Huberman, 2003). Les résultats intermédiaires ont été discutés à maintes reprises avec les directrices de la thèse ayant des points de vue professionnels diversifiés (médecin et infirmière) pour explorer les sauts cognitifs et les incohérences entre chaque étape de la recherche. Pour tenir compte de ces divergences (Pluye, Grad, Levine et Nicolau, 2009), les stratégies de la réconciliation et l'initiation ont été mises à profit. Pour illustrer la première stratégie, une relecture des mêmes verbatim selon une perspective renouvelée a donné un sens plausible à la combinaison d'éléments jugés à première vue irréconciliables. Aussi un exercice de réconciliation a été effectué au sujet de la taille du GMF et de son influence sur l'implantation des OCD. Parfois, un retour aux données brutes ou aux étapes intermédiaires de traitement

de données a été fait à la lumière des écrits plus récents. Par exemple, la lecture de l'étude sur les OCCH a mené à des analyses du volet 1 selon la vague d'accréditation des GMF. Pour illustrer la seconde stratégie, soit l'initiation, citons la consultation de documents initialement non envisagés et la conduite des entrevues supplémentaires avec des informatrices-clés pour répondre aux questions qui ont émergé lors des analyses préliminaires. Cette réflexivité a été alimentée par la rédaction de mémos et de journal de recherche, les rencontres régulières avec les directrices de thèse, les pauses de production lesquelles renouvellent le regard sur les choix et le produit, puis la lecture d'écrits au fil de l'étude. En somme, la non-corroboration a stimulé un retour réflexif sur la méthode mobilisée ainsi que sur les connaissances initiales (Gavard-Perret et al., 2008).

Une des limites de l'étude concerne la difficulté de distinguer, à partir des propos des participants à l'étude de cas, la contribution fondamentale des OC en général et celles des OCD en particulier dans l'intensification de la collaboration. Cette imprécision peut être considérée comme un manquement dans les interventions de l'étudiante-chercheuse pour obtenir de l'information spécifique. Il se peut aussi que cette ambiguïté soit le reflet du fait qu'elles forment un objet intermédiaire indissociable. Cette ambiguïté avait été soulignée par l'étude de cas ontarienne sur trois DA différents en milieu hospitalier (Alvarado, 2007).

Finalement, cette étude a porté une grande attention aux propos des personnes dans le but de transmettre le plus fidèlement possible la voix des professionnels qui ont contribué au quotidien à la réforme par leur vision, et celles de leurs patients, qui, chaque jour, se mobilisent pour maintenir leur santé.

CONCLUSION

Pour qu'une réforme dans le domaine de la santé produise rapidement des fruits pour les cliniciens, les personnes vivant avec une maladie chronique et la population en général, les modifications législatives et structurelles ne suffisent pas. Les résultats de la présente étude confirment que de multiples appuis sont nécessaires pour qu'adviennent les transformations en phase avec la responsabilité populationnelle prescrite. En effet, les logiques des professions et du pôle décisionnel centralisé jouent fortement d'influence dans le fonctionnement de la 1^{re} ligne au Québec. La transformation des pratiques de soins est une entreprise dont il est facile de sous-estimer la complexité si l'on ignore qu'elle s'adresse à de multiples dimensions de l'activité humaine.

En s'appuyant sur les connaissances au sujet de l'innovation dans le domaine de la santé et la collaboration interprofessionnelle, cette étude s'est attardée au déploiement de la collaboration interprofessionnelle dans le contexte de l'implantation des ordonnances collectives pour le suivi du diabète au sein des groupes de médecine de famille. Des processus individuel, organisationnel et systémique sont actifs lors de l'implantation d'une innovation dans le domaine en santé en 1^{re} ligne. Dans des conditions favorables, un objet intermédiaire a le potentiel d'engendrer un déploiement de la collaboration entre les professionnels et un renouvellement de leurs pratiques au bénéfice d'un accès et d'une continuité des soins accrus. L'enchâssement des conditions favorables permet d'aboutir à une collaboration active en triade médecin-infirmière-patient, partenariat qui correspond à la définition des soins centrés sur la personne telle que promue actuellement (Hibbard et Gilburt, 2014).

Selon la perspective dégagée ici, plusieurs avenues pourraient être investies dans la continuité de l'intérêt pour les OC comme telles ou pour des dispositifs apparentés, mais aussi au regard du contexte historique actuel de l'intégration d'autres types de professionnels dans les GMF. En termes de consolidation du savoir avancé ici, il serait pertinent a) de préciser l'effet du lancement des modèles provinciaux pour quatre maladies chroniques sur le degré d'implantation des OCD dans les GMF; b) de poursuivre le raffinement des schématisations produites par leur mise à l'épreuve en effectuant des études auprès d'une clientèle atteinte

d'une maladie chronique différente ou par un contre-exemple avec une équipe ayant adopté les OCD sans les élaborer pour mieux cerner l'apport spécifique sur la CI du chemin parcouru dans le travail d'équipement de l'objet intermédiaire et c) d'utiliser la méthode développée ici pour continuer à explorer comment les dispositifs apparentés, comme objet intermédiaire, alimentent le déploiement de la collaboration dans d'autres législations ou encore au sein d'autres dyades professionnelles des GMF.

Intégrer de nouveaux partenaires dans l'équipe GMF pourrait bénéficier d'au moins trois actions : 1) identifier rapidement leurs alliances interprofessionnelles potentielles ainsi qu'explicitier les avantages relatifs très concrets des nouvelles façons de faire selon les perspectives des professionnels et pour la clientèle; 2) recommander aux instances régulatrices de faciliter des mises à l'essai d'innovations dans des conditions plus souples, mais en contrepartie les soutenir avec une combinaison de compétences cliniques et de gestion pour que l'innovation en question puisse éclore rapidement et que sa valeur ajoutée potentielle soit évaluée; 3) promouvoir le réseautage et la circulation d'information pour que les initiatives prometteuses ne soient pas restreintes uniquement aux influences territoriales, verticales ou uniprofessionnelles.

Dans le contexte du vieillissement de la population, de la prévalence élevée des maladies chroniques et de la pression de l'accroissement des coûts en santé, pour ne nommer que ces enjeux, stimuler les leviers appropriés pour créer une synergie entre les actions des acteurs-clés est urgent. La responsabilité de coordonner les savoirs et les actions pour une meilleure santé de la population revient à l'État qui dispose des leviers et de la légitimité pour réaliser une mobilisation. Dans cette perspective, il serait avantageux de pouvoir compter sur la contribution des maisons d'enseignement lesquelles ont la responsabilité sociale de former des professionnels de la santé qui seront capables de susciter rapidement une collaboration en action et de s'engager à cultiver une pratique alimentée par les données probantes.

LISTE DES RÉFÉRENCES

- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2010). *Le modèle montréalais de prise en charge - Évaluation de l'implantation des groupes de médecine de famille et des cliniques-réseau*. Repéré à http://pro.santemontreal.qc.ca/fileadmin/asssm/Medecins/1_gerer_ma_pratique/3_pratique_en_GMF/isbn978-2-89510-764-4.pdf
- Agence de la santé publique du Canada (2011). *Le diabète au Canada : perspective de santé publique sur les faits et chiffres*. Repéré à <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/diabetes-diabete/index-fra.php>
- Agence de la santé publique du Canada (2014). *Système canadien de surveillance des maladies chroniques 1999/2000-2010/2011*. Repéré à <http://ouvert.canada.ca/data/fr/dataset/9525c8c0-554a-461b-a763-f1657acb9c9d>.
- Akrich, M., Callon, M. et Latour, B. (1988). A quoi tient le succès des innovations? 1 : l'art de l'intéressement; 2 : le choix des porte-parole. *Gérer et comprendre*.(11), 4-19.
- Alvarado, K. (2007). Factors influencing implementation of medical directives by registered nurses: The experience of a large Ontario teaching hospital. *Nursing leadership*, 20(1), 72-90. doi: 10.12927/cjnl.2007.18787
- Anderson-Butcher, D., Lawson, H. A. et Barkdull, C. (2002). An evaluation of child welfare design teams in four states. *Journal of Health & Social Policy*, 15(3/4), 131-161. doi: 10.1300/J045v15n03_10
- Anderson, N. R. et West, M. A. (1996). The Team Climate Inventory: Development of the TCI and its applications in teambuilding for innovativeness. *European Journal of Work & Organizational Psychology*, 5(1), 53. doi: 10.1080/13594329608414840
- Anderson, N. R. et West, M. A. (1998). Measuring climate for work group innovation: Development and validation of the team climate inventory. *Journal of Organizational Behavior*, 19(3), 235-258. doi: 10.1002/(SICI)1099-1379(199805)19:3<235::AID-JOB837>3.0.CO;2-C
- Anttila, S. K., Huhtala, H. S., Pekurinen, M. J. et Pitkälä, T. K. (2000). Cost-effectiveness of an innovative four-year post-discharge programme for elderly patients. *Scandinavian Journal of Public Health*, 28(1), 41. doi: 10.1177/140349480002800108
- Association canadienne des écoles de sciences infirmières. (2015). Cadre national de l'ACESI sur la formation infirmière — Rapport final. Ottawa (Ontario).
- Association canadienne du diabète. (2015). Rapport sur le diabète 2015 – Agir pour le changement. Toronto (Ontario): Association canadienne du diabète.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2010). *Stratégies permettant de soutenir l'autogestion des états chroniques : la collaboration avec les clients*. Toronto (Ontario).
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (2011). *La collaboration interprofessionnelle : énoncé de position*. Ottawa (Ontario). Repéré à https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/la-collaboration-interprofessionnelle_enonce-de-position.pdf?la=fr

- Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux. (2005). Fiche d'information no 8 : Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé. Montréal: La direction de l'organisation des services, des affaires et de la qualité.
- Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux. (2009). *Résultats du sondage sur l'application de la loi 90*. Montréal: La direction de l'organisation des services, des affaires et de la qualité.
- Bareil, C., Duhamel, F., Lalonde, L., Goudreau, J., Hudon, É., Lussier, M.-T., . . . Lalonde, G. (2015). Facilitating implementation of interprofessional collaborative practices into primary care: A trilogy of driving forces. *Journal of Healthcare Management*, 60(4), 287-300.
- Baribeau, C. (2005). Le journal de bord du chercheur. *Recherches qualitatives*, 2(Hors série), 98-114.
- Barr, H., Koppel, I., Reeves, S., Hammick, M. et Freeth, D. (2005). *Effective interprofessional education: Assumption, argument and evidence*. London: Blackwell.
- Barr, V. J., Robinson, S., Marin-Link, B., Underhill, L., Dotts, A., Ravensdale, D. et Salivaras, S. (2003). The expanded Chronic Care Model: An integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. *Hospital Quarterly*, 7(1), 73-82. doi: 10.12927/hcq.2003.16763
- Beaulieu, E., Pérez, J., Tousignant, P., Provost, S., Hébert, K., Couture, A. et Simard, B. (2013). *L'utilisation des services de santé par les Montréalais atteints de diabète : années 2001-2002 à 2009-2010*. Repéré à http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/dossiers_thematiques/services_preventifs/thematique/sante_des_populations_et_services_de_sante/documentation.html
- Beaulieu, M.-D., Denis, J. L., D'Amour, D., Goudreau, J., Haggerty, J., Hudon, É., . . . Lebeau, R. (2006). *L'implantation des Groupes de médecine de famille : le défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle*. Repéré à http://www.ferasi.umontreal.ca/fra/07_info/Rapport_GMF_mars_2006_F.pdf
- Beaulieu, M.-D., Dragieva, N., Del Grande, C., Dawson, J., Haggerty, J. et Barnsley, J. (2014). The Team Climate Inventory as a measure of primary care teams' processes: Validation of the French version. *Healthcare Policy*, 9(3), 40-54.
- Beaulieu, M.-D., Haggerty, J., Tousignant, P., Barnsley, J., Hogg, W., Geneau, R., . . . Dragieva, N. (2013). Characteristics of primary care practices associated with high quality of care. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 185(12), E590-E596. doi: 10.1503/cmaj.121802
- Bélanger, H., Coulombe, D., Huard, G., Lafrance, M., Massicotte, G., Rochette, L. et Trembaly, C. (2013). *Fascicule 3. Diabète : un portrait régional en soutien à la prévention et à la gestion des maladies chroniques*. Repéré à www.rrsss03.gouv.qc.ca
- Bergeron, D. A., Bourgault, P. et Gallagher, F. G. (2015). Gestion de la douleur chronique par les infirmières des groupes de médecine de famille. *Pain Research & Management : The Journal of the Canadian Pain Society*, 20(2), 101-106.
- Blonde, L., Merilainen, M., Karwe, V. et Raskin, P. (2009). Patient-directed titration for achieving glycaemic goals using a once-daily basal insulin analogue: An assessment of two different

- fasting plasma glucose targets - the TITRATE study. *Diabetes, Obesity & Metabolism*, 11(6), 623-631. doi: 10.1111/j.1463-1326.2009.01060.x
- Bodenheimer, T., Wagner, E. et Grumbach, K. (2002). Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA*, 288(14), 1775 - 1779.
- Bois, C., St-Amour, M., Roy, S., Risi, C. et Kadaoui, K. (2013). *Une ordonnance collective pour lutter contre les ITSS : consensus ?* Longueuil : Direction de santé publique de la Montérégie. Repéré à <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/sante-publique/maladies-infectieuses/miitss/>
- Bois, C., Guay M., Michaud, C., Pineault, R. et Lemaire, J. (2012, septembre). *Les ordonnances collectives en GMF pour les services offerts aux personnes diabétiques : résultats préliminaires d'une enquête provinciale*. IV^e Rendez-vous des maladies chroniques, Montréal, Québec.
- Bois, C. (2015, juin). *Modifier la prestation des soins aux personnes diabétiques en 1^{re} ligne : tous gagnants*. Communication présentée au V^e du SIDIIEF, Montréal, Québec.
- Bolen, S. D., Chandar, A., Falck-Ytter, C., Tyler, C., Perzynski, A. T., Gertz, A. M., . . . Windish, D. M. (2014). Effectiveness and safety of patient activation interventions for adults with type 2 diabetes: Systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Journal of General Internal Medicine*, 29(8), 1166-1176. doi: 10.1007/s11606-014-2855-4
- Bookey-Bassett, S., Markle-Reid, M., McKey, C. A. et Akhtar-Danesh, N. (2017). Understanding interprofessional collaboration in the context of chronic disease management for older adults living in communities: A concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 73(1), 71-84. doi: 10.1111/jan.13162
- Boon, H., Verhoef, M., O'Hara, D. et Findlay, B. (2004). From parallel practice to integrative health care: A conceptual framework. *BMC Health Services Research*, 4(15). doi: 10.1186/1472-6963-4-15
- Borgès Da Silva, R., Brault, I., Dubois, C., Motulsky, A. et Prud'homme, A. (2017). Évaluation de l'implantation de la prescription infirmière au Québec. *Perspective infirmière*, 14(5), 53-57.
- Boulet, F. (2007). Êtes-vous O.K. avec les O.C.? *Pharmactuel*, 40(1), 7. Repéré à <http://www.pharmactuel.com/index.php/pharmactuel/article/view/610>
- Bourbeau, K. et Méthot, J. (2008). Ordonnances collectives : de la théorie à la pratique. *Pharmactuel*, 41(4). Repéré à <http://www.pharmactuel.com/index.php/pharmactuel/article/viewFile/691/358>
- Bourgault, P., Gallagher, F., Michaud, C. et Saint-Cyr-Tribble, D. (2010). Le devis mixte en sciences infirmières ou quand une question de recherche appelle des stratégies qualitatives et quantitatives. *Recherche en Soins Infirmiers*, 4(103), 20-28. doi: 10.3917/rsi.103.0020 Repéré à <http://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2010-4-page-20.htm>
- Boville, D., Saran, M., Salem, J. K., Clough, L., Jones, R. R., Radwany, S. M. et Sweet, D. B. (2007). An innovative role for nurse practitioners in managing chronic disease. *Nursing economic\$,* 25(6), 359-364. Repéré à <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=28521714&site=ehost-live&scope=site>

- Breton, M., Levesque, J. F., Pineault, R., Lamothe, L. et Denis, J. L. (2008). L'intégration de la santé publique à la gouverne locale des soins de santé au Québec : enjeux de la rencontre des missions populationnelle et organisationnelle. *Pratiques et Organisation des Soins*, 39(2), 113-124.
- Bryman, A. (2008). Why do researchers integrate/combine/mesh/mix/merge/fuse quantitative and qualitative research? Dans M. M. Bergman (dir.), *Advances in Mixed Methods Research* (p. 87-100). doi: [10.4135/9780857024329](https://doi.org/10.4135/9780857024329).
- Burnard, P. (1991). *A method of analysing interview transcripts in qualitative research* (n° 0260-6917). Repéré à <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/026069179190009Y>
- Campbell, S. M., Hann, M., Hacker, J., Burns, C., Oliver, D., Thapar, A., . . . Roland, M. O. (2001). Identifying predictors of high quality care in English general practice: Observational study. *BMJ (Clinical research ed.)*, 323(7316), 784-787. doi: [10.1136/bmj.323.7316.784](https://doi.org/10.1136/bmj.323.7316.784)
- Capaldi, B. (2007). Optimising glycaemic control for patients starting insulin therapy. *Nursing standard*, 21(44), 49-57.
- Careau, E., Brière, N., Houle, N., Dumont, S., Maziade, J., Paré, L., . . . Museux, A.-C. (2014). *Continuum de pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux - Guide explicatif*. Repéré à http://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/Coffre_a_ouils/CONTINUUM_v15_web_1_.pdf
- Cazale, L. et Dumitru, V. (2008). Les maladies chroniques au Québec : quelques faits marquants. *Zoom santé(mars)*, 1-4. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/bulletins/zoom-sante-200803.pdf>
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale. Ordonnances collectives du CSSS de la Vieille-Capitale. Repéré à <http://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/expertise-et-partenariat/ordonnances-coll/ordonnances-ciusss>
- Champagne, F., Brousselle, A., Hartz, Z., Contandriopoulos, A.-P. et Denis, J.-L. (2011). L'analyse de l'implantation. Dans A. Brousselle, F. Champagne, A. P. Contandriopoulos et Z. Hartz (dir.), *L'évaluation: concepts et méthodes* (2^e éd., p. 237-273). Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Champagne, F., Denis, J.-L., Pineault, R. et Contandriopoulos, A.-P. (1991). Structural and political models of analysis of the introduction of an innovation in organizations: The case of the change in the method of payment of physicians in long-Term care hospitals. *Health Services Management Research*, 4(2), 94-111. doi: [10.1177/095148489100400203](https://doi.org/10.1177/095148489100400203)
- Clair, M. (2000). *Les solutions émergentes : rapport et recommandations. Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000614/>
- Clark, C., Smith, L., Taylor, R. et Campbell, J. (2011). Nurse-led interventions used to improve control of high blood pressure in people with diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Diabetic Medicine*, 28(3), 250-261. doi: [10.1111/j.1464-5491.2010.03204.x](https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.2010.03204.x)
- Clark, M., Sterrett, J. J. et Carson, D. S. (2000). Diabetes guidelines: A summary and comparison of the recommendations of the American Diabetes Association, Veterans Health

- Administration, and American Association of Clinical Endocrinologists. *Clinical Therapeutics*, 22(8), 899-910.
- Coleman, K., Austin, B. T., Brach, C. et Wagner, E. H. (2009). Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. *Health Affairs*, 28(1), 75-85. doi: 10.1377/hlthaff.28.1.75
- Collaborer. (2015). Dans Rey-Drove, J. et Rey, A. (dir.), *Le petit Robert : dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française* (p. 466). Paris, France: Le Robert.
- Collège des médecins de famille du Canada. (2009). *Les soins de première ligne centrés sur les patients au Canada : Concept du Medical Home* (Document de travail). Repéré à <http://www.cfpc.ca/ProjectAssets/Templates/Resource.aspx?id=890&langType=3084>
- Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne et Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. (2007). Dans Sondage national aux médecins de famille du Canada [PDF]. Reperé au <http://nationalphysiciansurvey.ca/fr/surveys-fr/2007-sondage/methodologie-du-sondage/>
- Collège des médecins du Québec (2005). *Les ordonnances faites par un médecin: Guide d'exercice*. Repéré à <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2016-10-03-fr-ordonnances-individuelles-faites-par-un-medecin.pdf>
- College of Nurses of Ontario. (2018). Les directives. Repéré à http://www.cno.org/docs/prac/41019_MedicalDirectives.pdf
- Comino, E. J., Harris, M. F., Harris, E., Powell Davies, G., Chey, T. et Lillioja, S. (2006). The National Health Survey 2001: Usefulness to inform a discussion on access to and use of quality primary health care using type 2 diabetes mellitus as an example. *Australian Health Review*, 30(4), 496-506.
- Comino, E. J., Harris, M. F., Islam, M. D., Tran, D. T., Jalaludin, B., Jorm, L., . . . Haas, M. (2015). Impact of diabetes on hospital admission and length of stay among a general population aged 45 year or more: A record linkage study. *BMC Health Services Research*, 15, 12. doi: 10.1186/s12913-014-0666-2
- Comité d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète. (2003). Lignes directrices de pratique clinique (révisé) 2003 pour la prévention et le traitement du diabète au Canada. *Canadian Journal Of Diabetes*, 27(Suppl 2).
- Comité d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète. (2008). Lignes directrices de pratique clinique 2008 pour la prévention et le traitement du diabète au Canada. *Canadian Journal Of Diabetes*, 32(Suppl 2), S1 - S225.
- Comité d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète. (2013). Lignes directrices 2013 pour la prévention et le traitement du diabète au Canada. *Canadian Journal of Diabetes*, 37(Suppl 1), S1 - S212. doi: 10.1016/s1499-2671(13)00192-5
- Commissaire à la santé et au bien-être (2009). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et des services sociaux 2009 : État de situation portant sur le système de santé et des services sociaux et sur sa première ligne de soins*. Québec: Gouvernement du Québec. Repéré à http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2009_PremiereLigne/csbe-EtatSituation-t1-042009.pdf

- Commissaire à la santé et au bien-être (2010). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et des services sociaux: État de situation portant sur les maladies chroniques et la réponse du système de santé et des services sociaux*. Repéré à http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2010/MaladiesChroniques/CSBE_T2-EtatSituationMaladiesChroniques-052010.pdf
- Commissaire à la santé et au bien-être (2014). *Les médicaments d'ordonnance : État de la situation au Québec*. Québec : Canada: Gouvernement du Québec. Repéré à http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2014/Medicaments/CSBE_Medicaments_EtatSituation_2e.pdf
- Communauté virtuelle de pratique des infirmières GMF du Québec. (2007). Repéré à <http://liferay6.cess-labs.com/en/web/cvp-gmf/a-propos>
- Conley, S. (2007). *Interprofessional collaboration between doctors and chronic disease prevention nurses in the primary care setting* (Mémoire de maîtrise). Accessible par ProQuest Dissertations & Theses Global. (304828390)
- Conseil canadien de la santé (2007). *Rapport sur les résultats de santé : Importance du renouvellement des soins de santé: leçons du diabète*. Repéré à <http://publications.gc.ca/pub?id=9.634403&sl=1>
- Conseil canadien de la santé. (2012). *Soutien à l'autogestion pour les Canadiens atteints de maladies chroniques*. Repéré à https://conseilcanadiendelasante.ca/files/HCC_SelfManagement_FR_FA.PDF
- Conseil de la science et de la technologie. (2000). *Avis. Pour une politique québécoise de l'innovation. Innovation sociale et innovation technologique. L'apport de la recherche en sciences sociales et humaines*. Ste-Foy: Gouvernement du Québec.
- Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé. (2010). *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme*. Université de Colombie-Britannique, Vancouver, Colombie-Britannique.
- Contandriopoulos, A. P., Rodriguez, C., Larouche, D., Nasmith, L., Jimenez, V., Marchand, R., . . . Tereza, M. F. (2003). *Système de services intégrés pour patients diabétiques de type 2 du territoire de Côte-des-neiges : analyse des effets* (Vol. R04-01): Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
- Coombs, M., Chaboyer, W. et Sole, M. L. (2007). Advanced nursing roles in critical care-a natural or forced evolution? *Journal of Professional Nursing*, 23(2), 83-90. doi: 10.1016/j.profnurs.2006.07.003
- Côté, L., Normandeau, M., Maheux, B., Authier, L. et Lefort, L. (2013). Collaboration between family physicians and community pharmacists: Opinions of graduates in family medicine. *Canadian Family Physician*, 59(9), e413-420. doi: 10.1331/154434503322452193
- Couturier, Y. (2009). Problèmes interprofessionnels ou interdisciplinaires? *Recherche en soins infirmiers*(2), 23-33.
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry & research design: Choosing among five approaches*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Creswell, J. W. (2014). *Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches*. (4^e éd.). Thousand Oaks, California: Sage Publications.

- Creswell, J. W. et Zhang, W. (2009). The applications of mixed methods designs to trauma research. *Journal of Traumatic Stress*, 22(6), 612-621. doi: 10.1002/jts.20479.
- Critical Appraisal Skills Programme : CASP Checklists. (2014). Repéré à <http://www.casp-uk.net/#!casp-tools-checklists/c18f8>
- Cummings, G. G., Fraser, K. et Tartier, D. S. (2003). Implementing advanced nurse practitioner roles in acute care. *Journal of Nursing Administration*, 33(3), 139-145. doi: 10.1097/00005110-200303000-00004
- Curtis, J., Lipke, S., Effland, S., Dickinson, B., McCabe, A., Russell, B., . . . Wilson, C. (2009). Effectiveness and Safety of Medication Adjustments by Nurse Case Managers to Control Hyperglycemia. *Diabetes Educator*, 35(5), 851-856. doi: 10.1177/0145721709343677
- D'Amour, D. (1997). *Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec*. (Thèse de doctorat, Université de Montréal, Montréal). Repéré à http://www.collectionscanada.gc.ca/obj/s4/f2/dsk2/tape17/PQDD_0003/NQ32608.pdf
- D'Amour, D. (2002). La collaboration professionnelle : un choix obligé. Dans O. Goulet et C. Dallaire (dir.), *Les soins infirmiers: vers de nouvelles perspectives* (p. 339-363). Montréal, Québec: Gaëtan Morin.
- D'Amour, D., Goudreau, J., Hudon, E., Beaulieu, M.-D., Jobin, G. et Gilbert, F. (2008). L'essor des soins infirmiers en GMF. *Perspective infirmière*, sept-oct, 4-11.
- D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J., San Martín-Rodriguez, L. et Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, 8(1), 1. doi: 10.1186/1472-6963-8-188.
- D'Amour, D., Goulet, L., Pineault, R., Labadie, J. F. et Remondin, M. (2003). Étude comparée de la collaboration interorganisationnelle et de ses effets : le cas des services en périnatalité (Vol. R03-07). Montréal: Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Faculté de médecine Université de Montréal.
- D'Amour, D., Sicotte, C. et Lévy, R. (1999). L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences sociales et santé*, 17(3), 67-94. Repéré à http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/sosan_0294-0337_1999_num_17_3_1468
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A. et Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4, 50. doi: 10.1186/1748-5908-4-50
- Danaei, G., Finucane, M. M., Lu, Y., Singh, G. M., Cowan, M. J., Paciorek, C. J., . . . Ezzati, M. (2011). National, regional, and global trends in fasting plasma glucose and diabetes prevalence since 1980: Systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 370 country-years and 2.7 million participants. *The Lancet*, 378(9785), 31-40. doi: 10.1016/s0140-6736(11)60679-x
- Delahanty, L. M., Grant, R. W., Wittenberg, E., Bosch, J. L., Wexler, D. J., Cagliero, E. et Meigs, J. B. (2007). Association of diabetes-related emotional distress with diabetes treatment in primary care patients with type 2 diabetes. *Diabetic Medicine*, 24(1), 48-54. doi: 10.1111/j.1464-5491.2007.02028.x

- Denis, J.-L. (2002). Explaining diffusion patterns for complex health care innovations. *Health Care Manage Review*, 27(3), 13. doi: 10.1097/00004010-200207000-00007
- Denis, J.-L. et Champagne, F. (1990). L'analyse de l'implantation : Modèles et méthodes. *La Revue Canadienne d'Évaluation de Programme*, 5(2), 47-67.
- Denis, J.-L., Gibeau, É., Langley, A., Pomey, M. P. et Van Schendel, N. (2012). Modèles et enjeux du partenariat médico-administratif : état des connaissances (n° 978-2-89636-143-4). Montréal, Québec. Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux.
- Dillman, D. A., Smyth, J. D. et Christian, L. (2008). *Internet, mail, and mixed-mode surveys: The tailored design method*. (3^e ed.). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Direction de santé publique de la Montérégie (2012). *Rapport de la directrice de santé publique 2012. Alléger le fardeau des maladies chroniques : une première ligne toute tracée pour des générations en santé*. (n° 978-2-89342-564-1). Repéré à <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/3344/RapportDirectrice2012FINAL.pdf>
- Dopson, S., Locock, L., Chambers, D. et Gabbay, J. (2001). Implementation of evidence-based medicine: Evaluation of the promoting action on clinical effectiveness programme. *Journal of Health Services Research & Policy*, 6(1), 23-31. doi: 10.1258/1355819011927161
- Éditeur officiel du Québec. (2002, 14 juin). *Projet de loi no 90 : loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*. Repéré à <http://www.ooaq.qc.ca/ordre/lois-reglements/doc-lois/loi-90.pdf>
- Eisenhardt, K. M. (1989). Building theories from case study research. *Academy of Management Review*, 14(4), 532-550.
- Ekoe, J. M., Rewers, M., Williams, R. et Zimmet, P. (dir.). (2008). *The epidemiology of diabetes mellitus* (2^e éd.). Chichester, UK: Wiley-Blackwell.
- Elwyn, G. (2004). Assessing organisational development in primary medical care using a group based assessment: the Maturity MatrixTM. *Quality and Safety in Health Care*, 13(4), 287-294. doi: 10.1136/qshc.2003.008540
- Elwyn, G., Lloyd, A., May, C., van der Weijden, T., Stiggelbout, A., Edwards, A., . . . Epstein, R. (2014). Collaborative deliberation: A model for patient care. *Patient education and counseling*, 97(2), 158-164. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.07.027>
- Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (2006). *La pratique infirmière en GMF, une pratique en émergence : rapport final*. Repéré à http://www.fiqsante.qc.ca/publicfiles/documents/A06-CF-III-D2_pratiqueGMF_f.pdf
- Fitzgerald, L., Ferlie, E., Wood, M. et Hawkins, C. (2002). Interlocking interactions, the diffusion of innovations in health care. *Human Relations*, 55(12), 1429-1449. doi: 10.1177/001872602128782213
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. (2012). Synthèse des données probantes sur l'efficacité des équipes interprofessionnelles en soins primaires (p. 6) : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
- Fortin, M.-F. et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives*. (3^e éd.). Montréal: Chenelière Éducation.

- Friedberg, E. (1993). *Le pouvoir et la règle: dynamiques de l'action organisée*. Paris: Le Seuil.
- Furler, J., Spitzer, O., Young, D. et Best, J. (2011). Insulin in general practice: Barriers and enablers for timely initiation. *Australian Family Physician*, 40(8), 617-621. Repéré à <http://www.racgp.org.au/download/documents/AFP/2011/August/201108furler.pdf>
- Gavard-Perret, M. L., Gotteland, D., Haon, C. et Jolibert, A. (2008). *Méthodologie de la recherche. Réussir son mémoire ou sa thèse en sciences de gestion*. Paris, France : Pearson Education France.
- Gilbert, F., Denis, J.-L., Lamothe, L., Beaulieu, M.-D., D'Amour, D. et Goudreau, J. (2015). Reforming primary healthcare: From public policy to organizational change. *Journal of Health Organization and Management*, 29(1), 92-110. doi: 10.1108/JHOM-12-2012-0237
- Glasgow, R. E., Funnell, M. M., Bonomi, A. E., Davis, C., Beckham, V. et Wagner, E. H. (2002). Self-management aspects of the improving chronic illness care breakthrough series: Implementation with diabetes and heart failure teams. *Annals Of Behavioral Medicine: A Publication Of The Society Of Behavioral Medicine*, 24(2), 80-87.
- Gocan, S., Laplante, M. A. et Woodend, K. (2014). Interprofessional collaboration in Ontario's Family Health Teams: A review of the literature. *Journal of Research in Interprofessional Practice and Education*, 3(3).
- Goderis, G., Borgermans, L., Mathieu, C., Van Den Broeke, C., Hannes, K., Heyrman, J. et Grol, R. (2009). Barriers and facilitators to evidence based care of type 2 diabetes patients: Experiences of general practitioners participating to a quality improvement program. *Implementation Science*, 4(41), 1-11. doi: 10.1186/1748-5908-4-41
- Goh, T. T. et Eccles, M. P. (2009). Team climate and quality of care in primary health care: A review of studies using the Team Climate Inventory in the United Kingdom. *BMC Research Notes*, 2, 222-222. doi: 10.1186/1756-0500-2-222
- Gottlieb, L. N., Feeley, N. et Dalton, C. (2005). *The collaborative partnership approach to care: A delicate balance*. Toronto, Ontario: Mosby.
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P. et Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *The Milbank Quarterly*, 82(4), 581-629. doi: 10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x
- Greiver, M., Williamson, T., Barber, D., Birtwhistle, R., Aliarzadeh, B., Khan, S., . . . Katz, A. (2014). Prevalence and epidemiology of diabetes in Canadian primary care practices: A report from the Canadian Primary Care Sentinel Surveillance Network. *Canadian Journal of Diabetes*, 38(3), 179-185. doi: 10.1016/j.cjcd.2014.02.030
- Guba, E. G. et Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, California: Sage Publications.
- Guilbert, E. R., Guilbert, A. C., Risi, C., Bérubé, J., Charbonneau, L., Ouellet, S. et Roy, G. (2011). Portrait des ordonnances collectives de contraception hormonale adoptées au Québec : Institut national de santé publique du Québec. Direction du développement des individus et des communautés.
- Guilbert, E. R., Ménard, C., Mercier, C. et Caron, M. (2007). L'engagement des ordres professionnels et de la santé publique pour réduire les grossesses non planifiées. *Le point en administration de la santé et des services sociaux*, 3(4), 26-28.

- Guilbert, E. R., Robitaille, J., Guilbert, A. C. et Morin, D. (2013). Les déterminants de la pratique infirmière en contraception hormonale au Québec (n° 1716). Québec : Institut national de la santé publique du Québec. Direction du développement des individus et des communautés.
- Guilbert, E. R., Robitaille, J., Guilbert, A. C. et Morin, D. (2014). Determinants of the implementation of a new practice in hormonal contraception by Quebec nurses. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 23(1), 34-48. doi: 10.3138/cjhs.23.1-A1
- Hammick, M., Freeth, D., Koppel, I., Reeves, S. et Barr, H. (2007). A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide no. 9. *Medical teacher*, 29(8), 735-751. doi: 10.1080/01421590701682576
- Harris, S. B., Ekoe, J. M., Zdanowicz, Y. et Webster-Bogaert, S. (2005). Glycemic control and morbidity in the Canadian primary care setting (results of the diabetes in Canada evaluation study). *Diabetes Research & Clinical Practice*, 70(1), 90-97. doi: 10.1016/j.diabres.2005.03.024
- Hébert, R. (1990). *Contraintes, limites et défis de l'interdisciplinarité dans les services gériatriques*. Communication présentée au 4e congrès international francophone de gériatrie, Saint-Hyacinthe.
- Heisler, M., Bouknight, R. R., Hayward, R. A., Smith, D. M. et Kerr, E. A. (2002). The relative importance of physician communication, participatory decision making, and patient understanding in diabetes self-management. *Journal of General Internal Medicine*, 17(4), 243-252.
- Heisler, M., Piette, J. D., Spencer, M., Kieffer, E. et Vijan, S. (2005). The relationship between knowledge of recent HbA1c values and diabetes care understanding and self-management. *Diabetes care*, 28(4), 816-822. doi: 10.2337/diacare.28.4.816
- Heisler, M., Vijan, S., Anderson, R. M., Ubel, P. A., Bernstein, S. J. et Hofer, T. P. (2003). When do patients and their physicians agree on diabetes treatment goals and strategies, and what difference does it make? *Journal of General Internal Medicine*, 18(11), 893-902. doi: 10.1046/j.1525-1497.2003.21132.x
- Hibbard, J. et Gilbert, H. (2014). *Supporting people to manage their health: An introduction to patient activation* (n° 978-1-909029-30-9). Repéré à <http://www.kingsfund.org.uk/publications/supporting-people-manage-their-health>
- Holt, R. I. et Kalra, S. (2013). A new DAWN: Improving the psychosocial management of diabetes. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*, 17(Suppl 1), S95-S99. doi: 10.4103/2230-8210.119515
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2013a). Autosurveillance glycémique chez les adultes atteints de diabète de type 2 non traités par l'insuline. Repéré à https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/MaladiesChroniques/INESSS_Guide_usage_ASG.pdf
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2013b). Ordonnances collectives. Repéré à <http://www.inesss.qc.ca/activites/protocoles-medicaux-nationaux/protocoles-medicaux-nationaux/diabete.html>

- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2013c). *Ordonnances collectives en ligne* [Communiqué de presse]. (Avril, 2013). Repéré à <https://www.inesss.qc.ca/en/media-relations.html>
- Institut national de santé publique du Québec. (2010). Les ordonnances collectives : s'outiller autrement. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/espace-itss/les-ordonnances-collectives-s-outiller-autrement>
- Institut national de santé publique du Québec. (2016). Santéscope : indicateurs synthèses – diabète. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/santescope/syntheses/diabete>
- Institut national de santé publique du Québec (2015). Utilisation des médicaments antidiabétiques et cardioprotecteurs chez les aînés diabétiques au Québec en 2011-2012. Gouvernement du Québec. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/publications/2029>
- Ishimo, M.-C. (2015). Rapport de synthèse sur l'utilisation des ordonnances collectives par les infirmières : Université de Montréal, Réseau de recherche en intervention en sociosciences infirmières du Québec, Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal.
- Ivankova, N. V. (2013). Implementing Quality Criteria in Designing and Conducting a Sequential QUAN -> QUAL Mixed Methods Study of Student Engagement With Learning Applied Research Methods Online. *Journal of Mixed Methods Research*, 8(1), 25-51. doi: 10.1177/1558689813487945
- Ivey, S. L., Brown, K. S., Teske, Y. et Silverman, D. (1988). A model for teaching about interdisciplinary practice in health care settings. *Journal of Allied Health*, 17(3), 189-195.
- Jansen, Y., de Bont, A., Foets, M., Bruijnzeels, M. et Bal, R. (2007). Tailoring intervention procedures to routine primary health care practice; An ethnographic process evaluation. *BMC Health Services Research*, 7, 125-133. doi: 10.1186/1472-6963-7-125
- Jean, E. et Sylvain, H. (2010). Exploration des suivis systématiques de clientèles en Groupe de médecine de famille (GMF) selon la perspective des infirmières de 12 régions du Québec. *L'infirmière clinicienne*, 7(1), 1-8. Repéré à http://revue-infirmiereclinicienne.uqar.ca/Parutions/pdf/InfirmiereClinicienne-vol7no1-Jean_Sylvain.pdf
- Joanna Briggs Institute. (2014). New Joanna Briggs Institute Levels of Evidence. Repéré à http://joannabriggs.org/assets/docs/approach/JOBI-Levels-of-evidence_2014.pdf
- Laing, A. (2002). Meeting patient expectations: Healthcare professionals and service re-engineering. *Health Services Management Research*, 15, 165-172. doi: 10.1258/09514840232076675
- Lamarche, P., Beaulieu, M.-D., Pineault, R., Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L. et Haggerty, J. (2003). Sur la voie du changement : Pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada: Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
- Lansisalmi, H., Kivimäki, M., Aalto, P. et Ruoraniemi, R. (2006). Innovation in healthcare: A systematic review of recent research. *Nursing Science Quarterly*, 19(1), 66-72. doi: 10.1177/0894318405284129

- Larouche, C. (2006a). Les ordonnances collectives -I : pas si compliquées...une fois qu'on sait comment faire!! *Le médecin du Québec*, 41(6), 103-105.
- Larouche, C. (2006b). Les ordonnances collectives -II : pas si compliquées...une fois qu'on sait comment faire!! *Le médecin du Québec*, 41(9), 83-84.
- Lassen, K. O., Grinderslev, E. et Nyholm, R. (2008). Effect of changed organisation of nutritional care of Danish medical inpatients. *BMC Health Service Research*, 8, 168-181. doi: 10.1186/1472-6963-8-168
- Lau, R., Stevenson, F., Ong, B. N., Dziedzic, K., Treweek, S., Eldridge, S., . . . Murray, E. (2016). Achieving change in primary care—causes of the evidence to practice gap: Systematic reviews of reviews. *Implementation Science*, 11, 40. doi: 10.1186/s13012-016-0396-4
- Leclerc, G. (2015). *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour 2015-2016*. Québec. Repéré à http://www.vgq.gouv.qc.ca/fr/fr_publications/fr_rapport-annuel/fr_2015-2016-VOR-Printemps/fr_Rapport2015-2016-VOR.pdf
- Leech, N. L., Dellinger, A. B., Brannagan, K. B. et Tanaka, H. (2010). Evaluating Mixed Research Studies: A Mixed Methods Approach. *Journal of Mixed Methods Research*, 4(1), 17-31. doi: 10.1177/1558689809345262
- Lehoux, P., Denis, J.-L., Rock, M., Hivon, M. et Tailliez, S. (2010). How medical specialists appraise three controversial health innovations: Scientific, clinical and social arguments. *Sociology of health & illness*, 32(1), 123-139. doi: 10.1111/j.1467-9566.2009.01192.x
- Leiter, L. A., Berard, L., Bowering, C. K., Cheng, A. Y., Dawson, K. G., Ekoe, J. M., . . . Langer, A. (2013). Type 2 diabetes mellitus management in Canada: Is it improving? *Canadian Journal of Diabetes*, 37(2), 82-89. doi: 10.1016/j.jcjd.2013.02.055
- Lemieux-Charles, L. et McGuire, W. L. (2006). What do we know about health care team effectiveness? A review of the literature. *Medical Care Research & Review*, 63(3), 263-300.
- Lenoir, Y. (2000). Formation à l'enseignement et interdisciplinarité : Un mythe ou une exigence? Dépasser l'interdisciplinarité et penser circumdisciplinarité. *European Journal of Teacher Education*, 23(3), 289-298. doi: 10.1080/02619760120049166
- Lessard, L. (2005). *La collaboration interdisciplinaire en région isolée : La cas de la région Terres-Cries-de-la-Baie-James*. (Mémoire de maîtrise, Université Laval, Québec). Repéré à <http://search.proquest.com.ezproxy.usherbrooke.ca/docview/305367942?accountid=13835>
- Levesque, J. F., Feldman, D., Dufresne, C., Bergeron, P., Pinard, B. et Gagné, V. (2009). Barrières et éléments facilitant l'implantation de modèles intégrés de prévention et de gestion des maladies chroniques. *Pratiques et Organisation des Soins*, 40(4), 251-265. doi: 10.3917/pos.404.0251
- Lorig, K. R. et Holman, H. R. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7.
- Lorig, K. R., Sobel, D. S., Stewart, A. L., Brown, B. W., Jr., Bandura, A., Ritter, P., . . . Holman, H. R. (1999). Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: a randomized trial. *Medical care*, 37(1), 5-14.
- Luck, L., Jackson, D. et Usher, K. (2006). Case study: A bridge across the paradigms. *Nursing inquiry*, 13(2), 103-109. doi: 10.1111/j.1440-1800.2006.00309.x

- Lukas, C. V., Meterko, M. M., Mohr, D., Seibert, M., Parlier, R., Levesque, O. et Petzel, R. (2008). Implementation of a Clinical Innovation. *Journal of Ambulatory Care Management*, 31(2), 94-108. doi: 10.1097/01.JAC.0000314699.04301.3e
- MacDonald, S. E., Newburn-Cook, C. V., Schopflocher, D. et Richter, S. (2009). Addressing nonresponse bias in postal surveys. *Public Health Nursing*, 26(1), 95-105. doi: 10.1111/j.1525-1446.2008.00758.x
- Macinko, J., Starfield, B. et Shi, L. (2003). The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970–1998. *Health Services Research*, 38. doi: 10.1111/1475-6773.00149
- Manski-Nankervis, J., Furler, J., Blackberry, I. et Young, D. (2014). An exploration of relational coordination amongst health professionals involved in insulin initiation for people with type 2 diabetes in general practice: Implications for practice. doi: 10.1186/s12913-014-0515-3
- Martirosyan, L., Denig, P., de Grauw, W. J. C., Bouna, M., Storms, F. et Haaijer-Ruskamp, F. M. (2008). Prescribing quality indicators of type 2 diabetes mellitus ambulatory care. *BMJ Quality and Safety*, 17, 318. doi:10.1136/qshc.2007.024224
- Mathisen, G. E., Einarsen, S., Jørstad, K. et Brønnick, K. S. (2004). Climate for work group creativity and innovation: Norwegian validation of the Team Climate Inventory (TCI). *Scandinavian journal of psychology*, 45(5), 383-392. doi: 10.1111/j.1467-9450.2004.00420.x
- McDonald, J., Jayasuriya, R. et Harris, M. F. (2012). The influence of power dynamics and trust on multidisciplinary collaboration: A qualitative case study of type 2 diabetes mellitus. *BMC Health Services Research*, 12, 1-10. doi: 10.1186/1472-6963-12-63; 10.1186/1472-6963-12-63
- Merryfield, M. (1990). Naturalistic Inquiry and Cross-Cultural Research. *Qualitative research in education*, 251-262.
- Meyer, G. (2004). Diffusion Methodology: Time to Innovate? *Journal of health communication*, 9(S1), 59-69. doi: 10.1080/10810730490271539
- Miles, M. L. et Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. (2^e éd.). Bruxelles, Belgique : de Boeck Université.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005). *Devenir un GMF : Guide d'accompagnement*. Ministère de la santé et des services sociaux. Repéré à http://www.csssqn.qc.ca/webfolder_download/fd325ac04f697b24311298a6d9ed57aa/guide_accompagnement__maj_mai_2009_.pdf
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2008). *Évaluation de l'implantation et des effets des premiers groupes de médecine de famille au Québec*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000879/?&date=DESC>
- Ministère de la santé et des services sociaux. *Accessibilité aux soins de première ligne - Entente historique entre les trois ordres professionnels concernant la diffusion d'ordonnances collectives nationales* [Communiqué de presse]. (2013, 25 mars). Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/salle-de-presse/ficheCommunique.php?id=487>

- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017, 26 avril). *Le Québec peut maintenant compter sur plus de 300 groupes de médecine de famille* [Communiqué de presse]. Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/salle-de-presse/ficheCommuniqué.php?id=1309>
- Ministry of Health (2012). *Standing order guidelines*. Wellington. Repéré à <http://www.health.govt.nz/about-ministry/legislation-and-regulation/regulatory-impact-statements/amendment-medicines-standing-orders-regulations-2002>
- Moran-Ellis, J., Alexander, V. D., Cronin, A., Dickinson, M., Fielding, J., Sleney, J. et Thomas, H. (2006). Triangulation and integration: Processes, claims and implications. *Qualitative research*, 6(1), 45-59. doi: 10.1177/1468794106058870
- Motulsky, A., Winslade, N., Tamblyn, R. et Sicotte, C. (2008). The impact of electronic prescribing on the professionalization of community pharmacists: A qualitative study of pharmacists' perception. *Journal Of Pharmacy & Pharmaceutical Sciences*, 11(1), 131-146. doi:10.18433/J3X59G
- Moullin, J. C., Sabater-Hernández, D., Fernandez-Llimos, F. et Benrimoj, S. I. (2015). A systematic review of implementation frameworks of innovations in healthcare and resulting generic implementation framework. *Health Research Policy and Systems*, 13(1), 1-11. doi: 10.1186/s12961-015-0005-z
- Mur-Veeman, I., Eijkelberg, I. et Spreeuwenberg, C. (2001). How to manage the implementation of shared care: A discussion of the role of power, culture and structure in the development of shared care arrangements. *Journal of Management in Medicine*, 15(2), 142-155. doi :10.1108/02689230110394552
- Nélisse, C. (1996). La trousse médico-légale : technologie sociale et protocolarisation de l'intervention. *Sociologie et sociétés*, 28(2), 157-171. doi: 10.7202/001528ar
- Nelson, K., Wright, T., Connor, M., Buckley, S. et Cumming, J. (2009). Lessons from eleven primary health care nursing innovations in New Zealand. *International Nursing Review*, 56, 291-298. doi: 10.1111/j.1466-7657.2008.00702.x.
- Nemeth, L. S., Ornstein, S. M., Jenkins, R. G., Wessell, A. M. et Nietert, P. J. (2012). Implementing and evaluating electronic standing orders in primary care practice: A PPRNet study. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 25(5), 594-604. doi: 10.3122/jabfm.2012.05.110214
- Nicol-Clavet, N. (2017). *La pratique infirmière en groupe de médecine de famille dans le cadre du Plan Alzheimer Québec*. (Université de Sherbrooke). Repéré à <https://savoirs.usherbrooke.ca/handle/11143/11567?show=full>
- Nutting, P. A., Crabtree, B. F., Miller, W. L., Stewart, E. E., Stange, K. C. et Jaén, C. R. (2010). Journey to the patient-centered medical home: A qualitative analysis of the experiences of practices in the National Demonstration Project. *The Annals of Family Medicine*, 8(Suppl 1), S45-S56. doi: 10.1370/afm.1075
- O'Cathain, A., Murphy, E. et Nicholl, J. (2010). Three techniques for integrating data in mixed methods studies. *BMJ*, 341, c4587. doi: 10.1136/bmj.c4587
- Oandasan, I., Baker, G. R., Barker, K., Bosco, C., D'Amour, D., Jones, L. ...Way, D.. (2006). Le travail en équipe dans les services de santé : promouvoir un travail en équipe efficace dans les

services de santé au Canada. Ottawa, Ontario : Fondation canadienne de la recherche sur la santé.

Onwuegbuzie, A. J. et Johnson, R. B. (2006). The validity issues in mixed research. *Research in the schools*, 13(1), 48-63.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2010). *Perspectives de l'exercice de la profession d'infirmière*. Repéré à https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/263NS_doc.pdf

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2011, 4 mai). *Les infirmières et les infirmiers au Colloque des CII - Les ordonnances collectives : une solution qui améliore l'accès aux soins* [Communiqué de presse]. Repéré à <http://www.newswire.ca/news-releases/les-infirmieres-et-les-infirmiers-au-colloque-des-cii---les-ordonnances-collectives--une-solution-qui-ameliore-lacces-aux-soins-508130221.html>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2018a). Responsabilité de la directrice des soins. Repéré à <https://www.oiiq.org/en/pratique-professionnelle/encadrement-de-la-pratique/outils-cliniques/ordonnances-collectives/responsabilites-professionnelles>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2018b). *Pratique professionnelle, ordonnances collectives*. Repéré à <https://www.oiiq.org/en/pratique-professionnelle/encadrement-de-la-pratique/outils-cliniques/ordonnances-collectives/responsabilites-professionnelles>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Collège des médecins du Québec et Ordre des pharmaciens du Québec (2015). *Énoncé de position conjoint sur la collaboration interprofessionnelle : rehausser la qualité et la sécurité des soins*. Repéré à <http://www.cmq.org/nouvelle/en/enonce-de-position-conjoint-sur-la-collaboration-interprofessionnelle.aspx>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (2005). *Rapport du Groupe de travail OIIQ/FMOQ sur les rôles de l'infirmière et du médecin omnipraticien de première ligne et les activités partageables*. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

Ordre des pharmaciens du Québec (2005). *Notre profession sous un autre angle. Complément au "Guide d'interprétation des nouvelles dispositions de la Loi sur la pharmacie et du Code des professions" : récents développements en regard des ordonnances collectives*. Repéré à http://www.opq.org/doc/media/237_38_fr-ca_0_guide_interpretation_nouvelles_dispositions_loi_complement2005.pdf

Ordre des pharmaciens du Québec. (2009). Ordonnances collectives : le patient doit rester au centre des priorités de tous les professionnels. *L'Interaction : Bulletin de l'Ordre des Pharmaciens du Québec*, Février, 1-2.

Ordre des pharmaciens du Québec (2011, 8 mars). Tournée provinciale de l'ACMDP pour démystifier les ordonnances collectives. *L'interaction express*. [Communiqué]. Repéré à https://www.opq.org/cms/Media/976_38_frCA_0_interaction_express_2011_08_30_tournee_ACMDP.htm

Ordre régional des infirmières et infirmiers du Québec du Saguenay/Lac St-Jean-Nord du Québec (2012, 14 juin). *Prix innovation clinique 2012 : un meilleur accès de première ligne grâce au regroupement des ordonnances collectives* [Communiqué de presse]. Repéré à

<http://oriislsinq.oiig.org/sites/oriislsinq.oiig.org/files/vol01no01/com-presse-pic-saguenay-2012-vf.pdf>.

- Organisation mondiale de la santé (2008). *Les soins de santé primaires - Maintenant plus que jamais*. Repéré à <http://www.who.int/whr/2008/chapter3/en/>
- Organisation mondiale de la santé (2014). *Faits et chiffres concernant le diabète*. Repéré à <http://www.who.int/diabetes/facts/fr/>
- Ornstein, S. M., Nemeth, L. S., Nietert, P. J., Jenkins, R. G., Wessell, A. M. et Litvin, C. B. (2015). Learning from primary care meaningful use exemplars. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 28(3), 360-370. doi: 10.3122/jabfm.2015.03.140219
- Ouwens, M., Hulscher, M., Akkermans, R., Hermens, R., Grol, R. et Wollersheim, H. (2008). The Team Climate Inventory: Application in hospital teams and methodological considerations. *Quality & Safety In Health Care*, 17(4), 275-280. doi: 10.1136/qshc.2006.021543
- Payette, M. (2001). Interdisciplinarité : clarification des concepts. *Interactions*, 5(1), 19-36.
- Pelletier, F. (2008). *L'activité infirmière dans deux groupes de médecine de famille (GMF) de la région de Québec*. (Université Laval, Québec). Repéré à <http://ariane.ulaval.ca/cgi-bin/recherche.cgi?qu=a1700296> (a1700296)
- Pelletier, F. et Dallaire, D. (2009). Activités des infirmières dans des groupes de médecine de famille (GMF) : analyse et pistes d'action. *Le point en administration de la santé et des services sociaux*, 5(1), 31-35.
- Perreault, K. et Careau, E. (2012). Interprofessional collaboration: One or multiple realities? *Journal Of Interprofessional Care*, 26(4), 256-258. doi:10.3109/13561820.2011.652785
- Perreault, K., Pineault, R., Da Silva, R. B., Provost, S. et Feldman, D. E. (2017). What can organizations do to improve family physicians' interprofessional collaboration? *Results of a survey of primary care in Quebec*, 63(9), e381-e388. Repéré à <http://www.cfp.ca/content/cfp/63/9/e381.full.pdf>
- Petri, L. (2001). Concept analysis of interdisciplinary collaboration. *Nursing Forum*, 45(2), 73-82.
- Peyrot, M., Burns, K. K., Davies, M., Forbes, A., Hermanns, N., Holt, R., . . . Skovlund, S. E. (2013). Diabetes Attitudes Wishes and Needs 2 (DAWN2): A multinational, multi-stakeholder study of psychosocial issues in diabetes and person-centred diabetes care. *Diabetes research and clinical practice*, 99(2), 174-184. doi:10.1016/j.diabres.2012.11.016
- Peyrot, M., Rubin, R. R., Lauritzen, T., Skovlund, S. E., Snoek, F. J., Matthews, D. R. et Landgraf, R. (2006). Patient and provider perceptions of care for diabetes: Results of the cross-national DAWN Study. *Diabetologia*, 49(2), 279-288. doi:10.1007/s00125-005-0048-8
- Philips, H. et Wilkinson, J. (2015). Non-prescribing diabetes nurse specialist views of nurse prescribing in diabetes health. *Nursing Praxis in New Zealand*, 31(1), 5-17. Repéré à <http://www.nursingpraxis.org/311-non-prescribing-diabetes-nurse-specialist-views-of-nurse-prescribing-in-diabetes-health.html>
- Pineault, R., Borges Da Silva, R., Prud'homme, A., Fournier, M., Couture, A., Provost, S. et Levesque, J. F. (2014). Impact of Quebec's healthcare reforms on the organization of primary healthcare (PHC): A 2003-2010 follow-up. *BMC Health Serv Res*, 14, 229. doi: 10.1186/1472-6963-14-229

- Pineault, R., Levesque, J. F., Roberge, D., Hamel, P., Lamarche, P. et Haggerty, J. (2008). L'accessibilité et la continuité des services de santé: une étude sur la première ligne au Québec: Direction santé publique, Centre de recherche HCLM.
- Pineault, R., Levesque, J.-F., Roberge, D., Hamel, M., Lamarche, P. et Haggerty, J. (2009). Accessibility and continuity of care: A study of primary healthcare in Quebec (p. 86). Repéré à https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/911_ServicesPremLigneANGLAIS.pdf
- Pineault, R., Tousignant, P., Roberge, D., Lamarche, P., Reinharz, D., Larouche, D., . . . Lesage, D. (2005). *Collectif de recherche sur l'organisation des services de santé de première ligne au Québec : rapport détaillé*. Direction de santé publique, Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal.
- Pluye, P., Grad, R., Levine, A. et Nicolau, B. (2009). Understanding divergence of quantitative and qualitative data (or results) in mixed methods studies. *International journal of Multiple Research Approaches*, 3, 58-72. doi : 10.5172/mra.455.3.1.58
- Pluye, P., Nadeau, L., Gagnon, M.-P., Grad, R., Johnson-Lafleur, J. et Griffiths, F. (2009). Les méthodes mixtes. Dans V. Riddle et C. Dagnenais (dir.), *Approches et pratiques en évaluation de programme* (p. 123-141). Montréal, Canada : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Pluye, P., Potvin, L. et Denis, J.-L. (2004). Making public health programs last :Conceptualizing sustainability. *Evaluation and program planning*, 27, 121-133. doi: 10.1016/j.evalprogplan.2004.01.001
- Pluye, P., Robert, E., Cargo, M., Bartlett, G., O'Cathain, A., Griffiths, F., . . . Rousseau, M. C. (2011). Proposal: A mixed methods appraisal tool for systematic mixed studies reviews. Repéré à <http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com>. Archived by WebCite® at <http://www.webcitation.org/5tTRTc9yJ>
- Poitras, M.-È. (2016). *L'infirmière en GMF : vers une meilleure connaissance des activités réalisées auprès des personnes atteintes de maladies chroniques*. (Thèse de doctorat, Université de Sherbrooke). Repéré à <https://savoirs.usherbrooke.ca/handle/11143/9761?show=full>
- Pomey, M.-P., Denis, J.-L. et Contandriopoulous, A.-P. (2008). Un cadre conceptuel d'analyse de la gouvernance clinique dans les établissements. *Pratiques et Organisation des Soins*, 38(3), 183-194.
- Pomey, M.-P., Martin, E. et Gerlier Forest, P. (2009). Quebec's Family Medicine Groups: Innovation and compromise in the reform of front-line care. *Canadian Political Science Review*, 31-46. Repéré à www.queensu.ca/.../Pomey--QuebecsFamilyMedicineGroups.pdf
- Pope, C., Banks, J., Salisbury, C. et Lattimer, V. (2008). Improving access to primary care: Eight case studies of introducing Advanced Access in England. *Journal of Health Services Research & Policy*, 13(1), 33-39. doi: 10.1258/jhsrp.2007.007039
- Pope, C. et Mays, N. (2007). Qualitative methods in health research. Dans C. Pope (dir.), *Qualitative Research in Health Care* (p. 1-11). Massachusetts: Blackwell Publishing Ltd.
- Profession. (2008). Dans Rey-Drove, J. et Rey, A. (dir.), *Le nouveau petit Robert: dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française* (p. 2035). Paris, France.

- Pullon, S. (2008). Competence, respect and trust: Key features of successful interprofessional nurse-doctor relationships. *Journal Of Interprofessional Care*, 22(2), 133-147. doi: 10.1080/13561820701795069
- Rabin, B. A., Brownson, R. C., Haire-Joshu, D., Kreuter, M. W. et Weaver, N. L. (2008). A glossary for dissemination and implementation research in health. *Journal of Public Health Management and Practice*, 14(2), 117-123. doi :10.1097/01.PHH.0000311888.06252.bb
- Rapport du Groupe de travail OIIQ/FMOQ sur les rôles de l'infirmière et du médecin omnipraticien de première ligne et les activités partageables.* (2005). Montreal : Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec et Fédération des Médecins Omnipraticiens du Québec.
- Reeves, S., Fletcher, S., Barr, H., Birch, I., Boet, S., Davies, N., . . . Kitto, S. (2016). A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No. 39. *Medical teacher*, 38(7), 656-668. doi: 10.3109/0142159X.2016.1173663
- Reinharz, D., Tourigny, A., Aubin, M., Bonin, L., Haggerty, J., Leduc, Y., . . . St-Pierre, M. (2007). La réorganisation des services de premières ligne comme outil de changement des pratiques, rapport de recherche : Université Laval.
- Renders, C., Valk, G., Griffin, S., Wagner, E. H., Van Eijk, J. et Assendelft, W. (2009). Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings. *Cochrane Review*(1), 140. doi: 10.1002/14651858.CD001481
- Richard, C., Glaser, E. et Lussier, M.-T. (2017). Communication and patient participation influencing patient recall of treatment discussions. *Health Expectations*, 20(4), 760-770. doi: 10.1111/hex.12515
- Roald, J. et Edgren, L. (2001). Employee experience of structural change in two Norwegian hospitals. *International Journal of Health Planning and Management*, 16, 311-324. doi: 10.1002/hpm.643
- Robidoux, M. (2007). *Cadre de référence. Collaboration interprofessionnelle*. Université de Sherbrooke : Faculté d'éducation. Repéré à <https://www.usherbrooke.ca/ecole-en-chantier/fileadmin/sites/ecole-en-chantier/documents/cadre-reference-collaboration.pdf>
- Rodríguez, C., Contandriopoulos, A.-P. et Larouche, D. (2006). Implementation Evaluation of an integrated healthcare delivery initiative for diabetic patients. *Healthcare Policy*, 1(3), 99-120.
- Rodriguez, C. et Pozzebon, M. (2010). The implementation evaluation of primary care groups of practice: A focus on organizational identity. *BMC Family Practice*, 11, 15. doi: 10.1186/1471-2296-11-15
- Rogers, M. E. (1983). *Diffusion of innovations*. (3^e éd.). New York, É-U: Free Press.
- Rollin, J. et Vincent, V. (2007). *Acteurs et processus d'innovation sociale du Québec*. Québec.
- Roy, D. et Sylvain, H. (2004). La pratique infirmière en GMF et son contexte d'interdisciplinarité. *Perspective infirmière*, 2(Septembre/ Octobre), 16-26.
- Rust, G., Gailor, M., Daniels, E., McMillan-Persaud, B., Strothers, H. et Mayberry, R. (2008). Point of care testing to improve glycemic control. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21(3), 325-335. doi: 10.1108/09526860810868256

- San Martin-Rodriguez, L., Beaulieu, M.-D., D'Amour, D. et Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal Of Interprofessional Care*, 19(Suppl 1), 132-147. doi: 10.1080/13561820500082677
- San Martin-Rodriguez, L., D'Amour, D. et Leduc, N. (2008). Outcomes of interprofessional collaboration for hospitalized cancer patients. *Cancer Nursing*, 31(2), E18-27.
- Sandelowski, M. et Barroso, J. (2003). Classifying the findings in qualitative studies. *Qualitative health research*, 13(7), 905-923. doi: 10.1177/1049732303253488
- Schulman-Green, D., Jaser, S., Martin, F., Alonzo, A., Grey, M., McCorkle, R., . . . Whittemore, R. (2012). Processes of self-management in chronic illness. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(2), 136-144. doi: 10.1111/j.1547-5069.2012.01444.x
- Scott-Jones, J. et Lawrenson, R. (2008). Doctors and nurses: Standing orders in primary care - a literature review. *New Zealand Family Physician*, 35(2), 107-111.
- Scott-Jones, J., Young, F., Keir, D. et Lawrenson, R. (2009). Standing orders extend rural nursing practice and patient access. *Nursing New Zealand*, 15(3), 14-15.
- Segar, J., Rogers, A., Salisbury, C. et Thomas, C. (2013). Roles and identities in transition: Boundaries of work and inter-professional relationships at the interface between telehealth and primary care. *Health & Social Care in the Community*, 21(6), 606-613. doi: 10.1111/hsc.12047
- Seidman, I. (2006). *Interviewing as qualitative research: A guide for researchers in education and the social sciences*. (3^e éd.). New York, É-U: Teachers College Press.
- Seuring, T., Archangelidi, O. et Suhrcke, M. (2015). The economic costs of type 2 diabetes: A global systematic review. *PharmacoEconomics*, 33(8), 811-831. doi: 10.1007/s40273-015-0268-9
- Shojania, K. G., Ranji, S. R., McDonald, K. M., Grimshaw, J. M., Sundaram, V., Rushakoff, R. J. et Owens, D. K. (2006). Effects of quality improvement strategies for type 2 diabetes on glycemic control: A meta-regression analysis. *Journal of American Medical Association*, 296(4), 427-440. doi: 10.1001/jama.296.4.427
- Sicotte, C., D'Amour, D. et Moreault, M. P. (2002). Interdisciplinary collaboration within Québec community health care centers. *Social science & medicine*, 55, 991-1003. doi: 10.1016/S0277-9536(01)00232-5
- Stake, R. E. (2005). Qualitative case studies. Dans N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (dir.), *The Sage Handbook of Qualitative Research* (Vol. 3, p. 443-466). London, UK: Sage Publications.
- Star, S. L. et Griesemer, J. R. (1989). Institutional ecology, translations' and boundary objects: Amateurs and professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907-39. *Social studies of science*, 19(3), 387-420.
- Star, S. L. et Griesemer, J. R. (2008). Écologie institutionnelle, "traduction" et objets-frontières : des amateurs et des professionnels au musée de zoologie vertébrée de Berkeley 1907-1939. Dans B. Lahire et C. Rosenthal (dir.), *La cognition au prisme des sciences sociales*. Paris: Éditions des archives contemporaines.
- Statistique Canada (2013). *Méthodes et pratiques d'enquête* (n° 12-587-X). Ottawa: Ministre de l'industrie. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/12-587-x/12-587-x2003001-fra.htm>

- Stein, L. (1967). The Doctor-Nurse Game. *Archives of General Psychiatry*, 16, 699-703. doi: 10.1001/archpsyc.1967.01730240055009
- Stein, L., Watts, D. et Howell, T. (1990). The doctor-nurse game revisited. *The New England journal of medicine*, 322. doi: 10.1056/nejm19900223220810
- Strating, M. M. H. et Nieboer, A. P. (2009). Psychometric test of the Team Climate Inventory-short version investigated in Dutch quality improvement teams. *BMC Health Services Research*, 9, 126-126. doi: 10.1186/1472-6963-9-126
- Sue, V. M. et Ritter, L. A. (2011). *Conducting online surveys*. Thousand Oaks, CA: SAGE publications. doi: 10.4135/9781506335186
- Sykes, L. L., Walker, R. L., Ngwakongnwi, E. et Quan, H. (2010). A systematic literature review on response rates across racial and ethnic populations. *Canadian Journal of Public Health*, 101(3), 213-219. doi:10.17269/cjph.101.1927
- Teddlie, C. et Tashakkori, A. (2009). *Foundations of mixed methods research: Integrating quantitative and qualitative approaches in the social and behavioral sciences*. Los Angeles, CA: Sage Publications.
- Thystere, L. (2012). *Cadre de référence pour la mise en place d'une trajectoire de services intégrés pour la clientèle atteinte de maladies chroniques*. Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.
- Timmis, S. et Williams, J. (2017). Playing the interdisciplinary game across education–medical education boundaries: sites of knowledge, collaborative identities and methodological innovations. *International journal of Research & Method in Education*, 40(3), 257-269. doi:10.1080/1743727X.2017.1299125
- Tong, A., Sainsbury, P. et Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. United States, North America: Oxford University Press.
- Touati, N. et Denis, J.-L. (2013). Analyse critique de la littérature scientifique portant sur l'innovation dans le secteur public : bilan et perspectives de recherche prometteuses. *Télescope*, 19(2), 21. doi: 10.7202/1023837ar
- Trahan, L., Tremblay, J., Gauthier, A., Bowen, M., Gingras, J., Roy, I. et Veilleux, S. (2007). *Infirmières et médecins des premiers GMF : Quels changements de pratique professionnelle ?* Communication présentée Déjeuner-causerie de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Lanaudière, Joliette.
- Tricco, A. C., Ivers, N. M., Grimshaw, J. M., Moher, D., Turner, L., Galipeau, J., . . . Shojania, K. (2012). Effectiveness of quality improvement strategies on the management of diabetes: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 379(9833), 2252-2261. doi: 10.1016/s0140-6736(12)60480-2
- Trompette, P. et Vinck, D. (2009). Retour sur la notion d'objet-frontière. *Revue d'anthropologie des connaissances*, 3(1), 5-27.
- Trudeau, J.-B. (2012, 24 avril). Donner un coup de barre avec les ordonnances collectives – Suivi du congrès annuel de l'AMQ. [Billet de blogue]. Repéré à <http://www.cmq.org/nouvelle/fr/donner-coup-de-barre-ordonnances-collectives.aspx>

- Tsai, A. C., Morton, S. C., Mangione, C. M. et Keeler, E. B. (2005). A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illness. *American Journal of Managed Care*, 11(8), 478-488.
- UK Prospective Diabetes Study Group. (2000). Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35). *British Medical Journal*, 321, 7.
- van Dam, H. A., Van der Horst, F., Van den Borne, B., Ryckman, R. et Crebolder, H. (2003). Provider–patient interaction in diabetes care: Effects on patient self-care and outcomes - a systematic review. *Diabetes Education and Quality of Life*, 51(1), 17-28. doi: 10.1016/S0738-3991(02)00122-2
- VanDeusen Lukas, C., Holmes, S. K., Cohen, A. B., Restuccia, J., Cramer, I. E., Schwartz, M. et Charns, M. P. (2007). Transformational change in health care systems: An organizational model. *Health Care Management REVIEW*, 32(4), 309-320. doi:10.1097/01.HMR.0000296785.29718.5d
- Vedel, I., Ghadi, V., De Stampa, M., Routelous, C., Bergman, H., Ankri, J. et Lapointe, L. (2013). Diffusion of a collaborative care model in primary care: A longitudinal qualitative study. *BMC Family Practice*, 14(1), 1-9. doi: 10.1186/1471-2296-14-3
- Vérificateur général du Québec (2015). *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2015-2016 : vérification de l'optimisation des ressources*. Québec : Gouvernement du Québec. Repéré à http://www.vgq.gouv.qc.ca/fr/fr_publications/fr_rapport-annuel/fr_2015-2016-VOR-Printemps/fr_Rapport2015-2016-VOR-Chap05.pdf
- Vinck, D. (2003). L'instrumentation du travail interdisciplinaire : cadrage des échanges et médiation par les objets intermédiaires. *Esprit critique*, 5(1), 1-9. Repéré à <http://www.espritcritique.fr/0501/esp0501article05.html>.
- Vinck, D. (2009). De l'objet intermédiaire à l'objet-frontière. *Revue d'anthropologie des connaissances*, 3(1), 51-72.
- Von Korff, M., Gruman, J., Schaefer, J., Curry, S. J. et Wagner, E. H. (1997). Collaborative management of chronic illness. *Annals of Internal Medicine*, 127(12), 1097-1102. doi: 10.7326/0003-4819-127-12-199712150-00008
- Wagner, E. H. (1998). Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice*, 1(1), 2-4. Repéré à <http://ecp.acponline.org/augsep98/cdm.pdf>
- Weberg, D. (2009). Innovation in healthcare. *Nursing Administration Quarterly*, 33(3), 227-237. doi: 10.1097/NAQ.0b013e3181accaf5
- West, M. A. (1990). Social psychology of innovation in groups. Dans M. A. West & J. Farr (dir.), *Innovation and creativity at work: Psychological and organisational strategies* (p. 309-334). Chichester, United Kingdom: John Wiley.
- Wilkinson, J. (2015). Nurses' reported use of standing orders in primary health care settings. *Journal of Primary Health Care*, 7(1), 34-41. doi: 10.1071/HC15034
- Wolf, F. (2010). Enlightened Eclecticism or Hazardous Hotchpotch? Mixed Methods and Triangulation Strategies in Comparative Public Policy Research. *Journal of Mixed Methods Research*, 4(2), 144-167. doi: 10.1177/1558689810364987

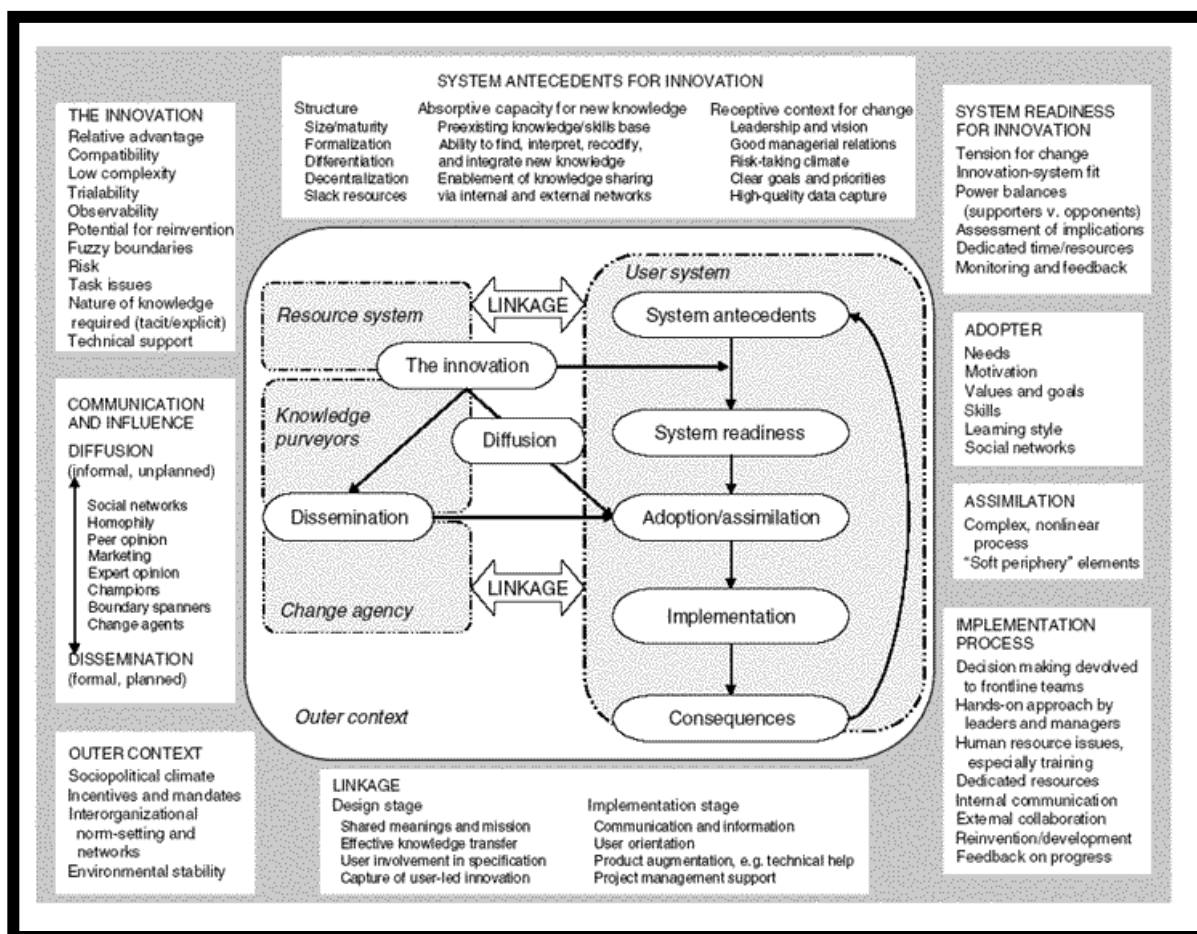
- Woodside, A.G. et Wilson, E.J. (2003). Case study research methods for theory building. *Journal of Business & Industrial Marketing*, 18(6/7), 493-508. doi.org/10.1108/08858620310492374
- Yin, R. K. (2003). *Case study research : Design and methods*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Yin, R. K. (2009). *Case study research: Design and methods* (4^e éd). London, UK: Sage Publications.
- Zammit, N. N. et Frier, B. M. (2005). Hypoglycemia in Type 2 Diabetes: Pathophysiology, frequency, and effects of different treatment modalities. *Diabetes care*, 28(12), 2948-2961. doi: 10.2337/diacare.28.12.2948
- Zhang, P., Zhang, X., Brown, J., Vistisen, D., Sicree, R., Shaw, J. et Nichols, G. (2010). Global healthcare expenditure on diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes research and clinical practice*, 87(3), 293-301. doi: 10.1016/j.diabres.2010.01.026
- Zoffmann, V. et Lauritzen, T. (2006). Guided self-determination improves life skills with type 1 diabetes and A1C in randomized controlled trial. *Patient Education & Counseling*, 64(1-3), 78-86. doi :10.1016/j.pec2005.11.017

ANNEXES

ANNEXE 1 - Structuration de la collaboration interprofessionnelle – Modèle de D'Amour et collaborateurs (2003) : Dimensions, variables et niveaux

Dimen- sions	Variables	Collaboration en action Niveau 3	Collaboration en construction Niveau 2	Collaboration en inertie Niveau 1
Délégation de la régulation	Centralité Leadership Expertise Connectivité et concertation	Instance centrale forte et active permettant l'existence d'un consensus Leadership partagé et consensuel Rôle d'expert favorisant une implication globale et forte Pluralité des lieux de concertation	Instance centrale au rôle confus. Rôle politique et stratégique ambigu Leadership diffus, éclaté et ayant peu d'impact Rôle d'expert ponctuel et morcelé Lieux de concertation ponctuels reliés à des dossiers spécifiques	Absence d'une instance centrale. Quasi-absence de rôle politique Leadership non consensuel, monopolisé Peu ou pas d'implication comme expert Quasi-absence de lieux de concertation
Finalisation	Finalité Allégeance	Finalités consensuelles et globales Orientations centrées sur les besoins de la clientèle	Quelques finalités communes ponctuelles Orientations centrées sur les besoins professionnels et organisationnels	Finalités en opposition ou absence de finalités communes Orientations plutôt déterminées par des intérêts privés
Intériorisation de la CI	Connaissance mutuelle Confiance	Occasions fréquentes de se rencontrer Activités communes régulières Confiance ancrée	Rares occasions de se rencontrer Peu d'activités communes Confiance contingente, en développement	Pas d'occasions de se rencontrer Aucune activité commune Absence de confiance
Formalisation	Existence d'ententes (entente, contrat, arrangements inter-organisations) Infrastructure d'information	Entente consensuelle, règles définies de manière conjointe Infrastructure commune de collecte et d'échange d'information	Entente non consensuelle ou non conforme aux pratiques ou en processus de négociation et de construction Infrastructure d'échange d'information incomplète, ne répondant pas aux besoins ou utilise de façon inappropriée	Entente inexistante ou non respectée font l'objet de conflits Quasi-absence d'infrastructure ou de modalité commune de collecte ou d'échange d'information

ANNEXE 2 - Diffusion des innovations – Cadre conceptuel de Greenhalgh et collaborateurs (2004)



Note. Cette figure est tirée de Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P. et Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *The Milbank Quarterly*, 82(4), 581-629. Reproduit avec la permission de John Wiley & Sons Ltd.

Annexe 3 - Conditions favorables et défavorables à l'implantation et l'utilisation des DA ou OCD

Dimensions	Conditions favorables	Conditions défavorables
Contexte externe	<ul style="list-style-type: none"> • Accès aisé à des lignes directrices claires, bien écrites et basées sur des données probantes (DAR, OC) • Appui acteurs-clé et des cliniciens (OC) 	<ul style="list-style-type: none"> • Processus réglementaire rendant ardu l'implantation (OC) • Absence d'ententes inter-établissements (DAR)
Innovation	<ul style="list-style-type: none"> • Connue (OC) • Bien comprise comme dispositif légal (DAR, OC) • Expérience antérieure positive (OC) • Niveau d'utilité des DA perçu (DAR, OC) • Réinventée localement (OC) • Formalise des actes infirmiers déjà effectués (DAR) • Fréquence élevée de la situation clinique associée (DAR) • Contenu clinique mis à jour (DAR) 	<ul style="list-style-type: none"> • Fardeau documentaire associé (DAR) • Indisponibilité des produits pour effectuer le soin (DAR, OC) • Bénéfices perçus comme étant limités (DAR, OC) • Incompatibilité de pratiques avec les attitudes du personnel médical, surtout dans le cas où les DA concernent de nouvelles pratiques infirmières (DAR) • Contenu clinique des DA désuet (DAR)
Contexte interne : structure ou pratiques de l'organisation utilisatrice	<ul style="list-style-type: none"> • Petite taille de l'organisation adoptante (OC) • Présence d'une culture ouverte au changement/ bonnes pratiques (OC) • Présence de protocoles/politiques de bonne pratique à l'interne (DAR) • Soutien organisationnel élargi (DAR) • Suivi et le leadership dans l'implantation (DAR) • Engagement d'un consultant pour rédaction de DA (DAR) • Influence positive des leaders proches (OC, DAR) • Efficacité des canaux de communication • Pertinence des références effectuées auprès des patients admissibles (DAR) • Suivi effectué après leur utilisation (DAR) • Processus d'audit robuste (DAR) 	<ul style="list-style-type: none"> • Manque d'intérêt du corps médical dans l'ensemble à partager leur pouvoir de prise de décision et leurs rôles administratifs avec le personnel infirmier • Manque de vision commune et compréhension du dispositif (DAR, OC) • Manque de consensus sur les priorités d'action clinique (vaccination) ou de développement des DA (DAR) • Priorité clinique non accordée à une condition de santé (OC) • Variété des styles de pratique médicale (DAR) • Difficulté d'établir des consensus entre médecins (DAR) et organisations (DAR) • Système de paiement du médecin à l'acte (DAR) • Disponibilité/nombre insuffisant du personnel soignant (OC) • Information inadéquate (OC) • Offre de formation inadéquate (DAR, OC) • Manque de communication/absence d'un système de suivi fiable (DAR) • Engagement de frais > que les gains financiers réalisés (DAR)

Dimensions	Conditions favorables	Conditions défavorables
Contexte interne : conditions ou attributs des professionnels	<ul style="list-style-type: none"> • Pénurie/ surcharge de travail des md(OC) • Présence d'incitatifs • Relations collégiales inf-md • Soutien des md (DAR, OC) • Confiance accordée aux habiletés du personnel inf (DAR, OC) • Professionnels recrutés, car explicitement favorables à l'approche de suivi conjoint (DAR) • Accès aisé aux collègues inf expérimentées, marrainage (DAR, OC) • Bonne communication et forte CP(DAR) • Offre de formation adéquate au personnel utilisateur (DAR, OC) • Formation continue en évaluation physique et pharmacologie (DAR) • Caractéristiques individuelles du personnel inf <ul style="list-style-type: none"> – Ouverture sur le monde (OC) – Volonté des professionnels (DAR, OC) – Confiance en soi, en lien davantage avec jugement clinique qu'expérience (DAR) – Volonté d'assumer de nouvelles responsabilités (DAR) – Capacités d'apprentissage et d'autoorganisation requises pour utiliser les DA (DAR) – Sensibilité au leadership éloigné tels les ordres professionnels (OC) – Déjà utilisateur d'un autre DA (OC) 	<ul style="list-style-type: none"> • Surcharge de travail pour tous les professionnels (DAR, OC) • Manque d'appui des pharmaciens (OC) • Manque de disponibilité des md pour développer des OC (OC) • Perte de revenu anticipé pour les md (OC) • Manque de soutien médical par manque de confiance ou de reconnaissance des compétences inf (DAR, OC) • Refus du personnel ou manque d'adhésion au protocole d'utilisation (DAR) • Problèmes liés à la gestion du temps compte tenu des nouvelles responsabilités (DAR, OC) ou alourdissement du fardeau (OC) • Vérification par le personnel inf auprès des médecins avant de procéder, entravant la fluidité du dispositif (DAR) • Caractéristiques individuelles du personnel infirmier <ul style="list-style-type: none"> – Auto-efficacité/responsabilité perçue défavorablement (DAR) – Peur de poser un acte inadéquat – Manque de connaissances sur DA (DAR, OC)
Contexte interne : attributs du dossier patient ou au patient	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité d'un dossier médical informatisé • Niveau d'informations disponibles • Capacité de mises à jour du dossier patient • Messages au patient répétés dans une approche cohérente 	<ul style="list-style-type: none"> • Dossiers médicaux incomplets liés aux problèmes de référence/ utilisation de services externes (DAR) • Avoir peur du traitement (DAR) • Préférence des patients pour les md (DAR) • Conditions de couverture d'assurance (DAR)

Note : Tous les éléments nommés ont été recensés par la synthèse sur les dispositifs apparentés (DA) (Ishimo, 2015). Cependant ceux annotés (DAR) sont des résultats des publications retenues dans notre recension plus détaillée sur les DA (annexe 4). Ceux annotés OC sont des résultats des publications québécoises sur les OC; Infirmière : inf; Médecin : md

ANNEXE 4 - Résumé des études retenues sur les DA

Lieu Année de publication 1 ^{er} Auteur Qualité	Objectifs spécifiques Devis/ Méthodes (M) Résultats Limites Forces
Objectif général: Décrire l'avis des professionnels sur les DA ou l'utilisation de DA	
Québec Bois 2013 Faible	<p>Objectif : Décrire la réceptivité des professionnels face à un modèle provincial OCITSS</p> <p>Devis/M : Descriptive transversale; questionnaire avec questions ouvertes et échelle Likert sur levier, obstacle et bénéfice principal liés au modèle</p> <p>Résultats : Taux de réponse variable selon les professions; représentations communes et des divergentes selon les professions; l'ordre professionnel de chacune des professions est la principale source d'influence, souvent pour les pharmaciens; l'expérience d'un autre milieu est aussi une source d'influence.</p> <p>Limites : Représentativité des participantes non testée; biais de désirabilité sociale</p> <p>Forces : Sollicite les trois professions concernées par OCITSS</p>
Québec Côté 2013 Faible	<p>Objectif : Décrire la compréhension et attitude des md récemment diplômés face aux OC pour six conditions de santé précises dont le diabète</p> <p>Devis/M : Descriptive transversale, en 2 vagues, imbriquée dans une démarche évaluative plus large; questionnaire échelle Likert</p> <p>Résultats : Compréhension et réceptivité aux OC sont variables; l'ajustement de la médication est une responsabilité partagée sous certaines conditions; le diabète n'est pas la cible la plus consensuelle pour utiliser les OC</p> <p>Limites : 55 % des participants ont répondu à cette partie de questionnaire</p> <p>Forces : Détails sur la population participants; conditions de santé précisées</p>
Québec 2011 Guilbert Moyenne	<p>Objectif : Comparer OCCH locales et modèles provinciaux 2007/ 2009</p> <p>Devis/M : Analyse documentaire (n=85) et de contenu (n=35 critères); classement en 4 catégories de similarités selon la conformité du contenu des OCCH locales avec le modèle provincial en association avec les facteurs liés aux attributs de l'innovation, caractéristiques individuelles, organisationnelles (milieux, région); analyse des écarts; associations avec variables</p> <p>Résultats : Adoption plus lente au lancement, puis progression rapide et stabilisation; 10 % OCCH locales sont similaires avec modèle 2009; 6 GMF ont développé leur propre OCCH; mise à jour des OCCH est un défi</p> <p>Limites : Population totale des organisations ciblées et invitées inconnues, interjuges</p> <p>Forces : Démarche provinciale; désirabilité sociale minimisée par analyse documentaire; critères d'évaluation détaillés et juges avec expertise médicale</p>
Nouvelle-Zélande 2015 Philips Moyenne	<p>Objectif: Décrire l'avis sur les DA des inf, travaillant auprès de patients diabétique, inscrites à l'association infirmière de diabétologie nationale sur les DA et sur le droit de prescrire</p> <p>Devis/M : Descriptive transversale (n=92) par questionnaire en ligne sur l'avis préoccupations/ facteurs liés à l'utilisation des DA et intention des inf de se former pour obtenir le droit de prescrire pour les soins liés au diabète</p> <p>Résultats : 25 % de taux de réponse dont 83 % sont utilisatrices de DA; frustration exprimée à l'égard des limites des DA; préoccupation au sujet leur réelle protection légale; DA perçu comme dispositif inapproprié par 50 % des participantes; plusieurs sources insatisfactions; avis très favorable au droit de prescrire pour inf</p> <p>Limites : Biais de participation</p> <p>Forces : Présentation des caractéristiques de l'échantillon et justification des analyses</p>

Lieu Année de publication 1 ^{er} Auteur Qualité	Objectifs spécifiques Devis/ Méthodes (M) Résultats Limites Forces
Objectif général: Explorer les conditions d'implantation ou expliquer le processus d'implantation	
Ontario 2007 Alvarado Élevée	<p>Objectif : Décrire l'expérience et d'implantation et d'utilisation de 3 sur bassin de 20 DA dans un hôpital</p> <p>Devis/M : Étude de cas imbriquée; analyse documentaire (n=11) et entrevues (n=27 acteurs-clés diversifiés)</p> <p>Résultats : Variabilité d'implantation et importance des ressources dédiées; utilisation est influencée par le soutien médical, le fardeau de documentation; l'étendue du changement de la pratique inf en cours; la confiance de l'inf, l'intérêt de celle-ci pour la pratique étendue, la fréquence de la situation clinique, l'utilité perçue; l'absence de standardisation inter-établissements des DA est déplorée</p> <p>Limites : Absence de retour auprès des participants pour valider les conclusions</p> <p>Forces : Utilise plusieurs stratégies pour assurer la crédibilité, la fiabilité et la transférabilité des résultats. Établit des liens entre les facteurs pour expliquer la variabilité dans l'utilisation des DA</p>
Québec Guilbert 2013 Moyenne	<p>Objectif : Identifier les facteurs qui influencent l'implantation de la pratique infirmière avec OCCH, et la vitesse d'implantation de la pratique et son intensité</p> <p>Devis/M : Descriptive transversale; questionnaire en ligne/postal (n=745/ 3043 inf)</p> <p>Résultats : Taux de réponse 27 %; Implantation est associée à l'impression de faible complexité, l'opinion favorable des leaders, la capacité d'innovation de l'établissement élevée (locaux disponibles, nombre suffisant d'infirmières, nombre de plages, inf disponibles pour faire le travail d'initiation de la contraception hormonale et faible isolement professionnel), appréciation plus limitée de la formation; vitesse est associée positivement à l'année de formation des inf en contraception hormonale, expérience antérieure avec OC, réinvention de l'OCCH, région; intensité d'implantation est positivement associée à la possibilité de réinvention de l'OCCH, la faible complexité, être marrainée, inf sensible à l'opinion favorable des leaders éloignés, décision non volontaire d'implantation</p> <p>Limites : Représentativité des participantes non-testée; biais de désirabilité sociale; biais de rappel</p> <p>Forces : Basé sur un modèle théorique pertinent; détails des analyses statistiques</p>
États-Unis 2015 Ornstein Faible	<p>Objectif : Décrire les pratiques des milieux performants</p> <p>Devis/M : Sondage en ligne, analyse de données des patients, suivies d'entrevues focalisées auprès de 23 cas champions /71 cliniques</p> <p>Résultats : (entrevues) DA principalement utilisé pour la vaccination; les participants « champions » apprécient les DA; reconnaissent un gain financier associé, souhaitent en développer davantage</p> <p>Limites : Absence de l'identification des professions des participants aux entrevues focalisées</p> <p>Forces : Triangulation des méthodes; explicitation des critères pour identifier les organisations dites championnes; description de l'analyse qualitative</p>
Nouvelle-Zélande 2009 Scott-Jones Moyenne	<p>Objectif : Décrire l'utilisation de 17 DA par deux inf pendant 6 mois dans un centre de services de 1^{re} ligne en milieu rural</p> <p>Devis/M : Étude de cas unique; collecte prospective du nombre de rencontres avec DA/ nombre total de rencontres; clientèles traitées et soins offerts avec DA</p> <p>Résultats : 5 % des rencontres incluent DA dont 63 % antibiotiques pour traiter impétigo ou infection urinaire; clientèle féminine en majorité bénéficie des DA; rencontres cliniques régulières permettent aux inf de mieux comprendre l'anxiété des md à l'égard</p>

Lieu Année de publication 1 ^{er} Auteur Qualité	Objectifs spécifiques Devis/ Méthodes (M) Résultats Limites Forces
	de l'incertitude diagnostique et aux md de mieux apprécier les connaissances et l'expertise des inf Limites : Manque de détails sur la validation des données d'utilisation des DA Forces : Description riche du cas
Nouvelle-Zélande 2015 Wilkinson Moyenne	Objectifs : Décrire l'avis sur les DA des inf travaillant en soins de 1 ^{re} ligne et leur fréquence d'utilisation en lien avec des caractéristiques individuelles et organisationnelles Devis/M : Descriptive transversale (n=231); compréhension des DA, rôle des md et des inf dans les soins, fréquence rapportée d'utilisation des DA, préoccupations/ facteurs liés à l'utilisation selon les variables individuelles des inf (représentation des DA, connaissances du dispositif, formation initiale et continue) et organisationnelles (milieu rural versus urbain) Résultats : 55 % des participantes ont complété des études de 2 ^e cycle ou en cours; 58 % utilisent les DA de 1 à 4 fois/jour, 40 % plus de 5 fois par jour, 50 % des inf souhaitent utiliser d'autres DA et 26 % n'en souhaitent pas plus que dix; degré d'implantation des DA pour le diabète est très variable; 49 % utilisent des DA pour ajustement de l'insuline et des hypoglycémiantes oraux mais fréquence plus élevée pour l'insuline; les barrières: manque de soutien médical et de reconnaissance des compétences des inf, système de paiement des médecins, difficulté à créer un consensus parmi les md d'une région, besoin d'éducation continue des inf associé, non-respect de la procédure de contre-signature mensuelle, disponibilité des produits associés aux DA; conditions favorables: données probantes et lignes directrices simples, accessibles, bien rédigés et mise à jour; relations collégiales inf-md; collègues inf expérimentées, accès à la formation continue, niveau post-gradué de formation des inf, soutien organisationnel, audit rigoureux Limites : Recrutement en ligne par boule de neige ne permet pas de calculer le taux de réponse; profil des participantes limite la généralisation des résultats aux GMF Forces : Présentation des caractéristiques des participants et justification des analyses
Objectif général: Évaluer l'effet de l'utilisation des DA.	
États-Unis 2009 Curtis Moyenne	Objectifs : Comparer des modalités de dispensation pour le diabète en 1 ^{re} ligne avec ou sans DA sur la sécurité et l'efficacité des soins Devis/M : Cohorte rétrospective avec 3 groupes (soins primaires offerts n total= 2345 dont n=1574 en service usuel, n= 711 suivis par infirmière gestionnaire de cas, n=60 suivis par infirmière gestionnaire de cas pouvant ajuster le traitement; résultantes mesurées : HbA1c, hypoglycémie rapportée Résultats : Le suivi infirmier optimise le contrôle glycémique à court terme avec comme sans DA; les hypoglycémies sont plus fréquentes lorsque le traitement est intensif avec le DA, quoique relativement rares Limites : Informations partielles sur le processus de soins; absence de comparabilité des cohortes sur la durée de la maladie. Forces : Grande taille de l'échantillon; compare les cohortes en minimisant les différences liées aux caractéristiques des participants disponibles
États-Unis 2008 Rust Moyenne	Objectifs : Comparer le taux d'une intervention préventive chez les diabétiques connus avant et après l'introduction d'un test en clinique accompagné de DA Devis/M : Pré-post sans groupe contrôle avec audit de dossier sélectionné aléatoirement (n=106) Résultats : DA permet d'augmenter le nombre de tests effectués (13 % NS); pour les patients testés en pré et post; une diminution de HbA1c est observée (n=69, $p= 0,004$);

Lieu Année de publication 1 ^{er} Auteur Qualité	Objectifs spécifiques Devis/ Méthodes (M) Résultats Limites Forces
	intensification du traitement est effectuée promptement avec DA chez les patients avec un HbA1c élevé (>8 %) dans seulement 29 % des cas avant DA et 53.8 % après introduction des DA ($p= 0,03$); pérennité de l'implantation n'est pas possible en raison des frais supplémentaires insuffisamment couverts par les assurances des patients Limites : Pas de description du processus d'implantation; moment du tirage aléatoire imprécis, effet Hawthorne possible Forces : Critères d'inclusion explicites; cohérence entre les variables et mesures et analyses effectuées
États-Unis 2012 Nemeth Élevée	Objectifs : Décrire l'implantation, l'utilisation et les effets (dépistage, immunisation, Db) au cours de 2 ans Devis/M : Projet de démonstration, échantillon tiré d'un réseau national n=8 /150 organisations; évalue 15 activités préventives dont 5 liées au suivi diabétique (micro-albumine urinaire, triglycérides, HDL, LDL, HbA1c) à partir des informations des banques de données patients, observations, notes de terrains, entrevues semi-structurées, conversations avec experts Résultats : Aisance variable à implanter les DA selon 3 types de conditions (ressources humaines, pratiques, patients); amélioration pour 6/15 activités, tendance positive pour 8/15; aucune amélioration pour le Hb1Ac Limites : Généralisation des résultats au régime public du Québec en raison de la couverture restreinte des régimes d'assurance des patients américains qui est soulevée explicitement comme une barrière à l'usage optimal des DA; absence de triangulation des données sur les soins offerts; biais de sélection des organisations participantes Forces : Justification et pertinence des indicateurs; sélection des participants; collecte de données et analyses quantitatives et qualitatives

Note : inf = Infirmière, md = médecin, ph = Pharmacien DA= dispositif apparenté, OC = ordonnance collective, OCITSS = ordonnance collective pour le traitement des infections transmissibles sexuellement et par le sang.

ANNEXE 5 - Résumé des études évaluatives sur l'implantation des GMF

1 ^{er} auteur, année de publication	Devis Méthode de collecte Source (n) Période de collecte	Échantillon : n et caractéristiques Objectif général Conditions identifiées : Conditions facilitatrices / défis Processus Retombées	Forme d'intégration Forces
Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008	Étude de cas avec analyse imbriquée, prospectif, longitudinal	19 GMF de la 1 ^{re} vague	<i>Recommandations</i>
	Entrevue auprès acteurs	Décrire les conditions de l'implantation des GMF	Précocité de la démarche évaluative Triangulation des résultats Analyses détaillées
	Questionnaire patients, md, personnel inf	Conditions facilitatrices • Combinaison : structurelle, clinique, relationnelle en plus du contexte général et ententes officielles • Leadership médical aide la cohésion du groupe et à l'expression de la pratique infirmière renouvelée • Acteurs impliqués ont le désir faire évoluer la pratique Défis • Conditions d'embauche des infirmières incertaines • Collaboration est un frein au début et un moteur par la suite	
	Groupe de discussion (patients n=35)	Processus • Gouvernance principalement médicale • Collaboration transformée lentement par l'apprentissage des rôles, d'attitudes, de comportements et des responsabilités de chacun; limitée par le soutien informatique lequel faciliterait la circulation de l'information clinique • Formation continue des infirmières • Lien établi avec les CSSS via rattachement des infirmières quoiqu'avec les autres acteurs encore imprécis • Variabilité du degré de collaboration établie	Crédibilité Reproductibilité
	Analyse documentaire Données RAMQ Période de collecte non précisée	Retombées • Suivis systématiques et enseignement aux patients nourrissent la pratique infirmière renouvelée • Partage d'activités cliniques davantage en GMF privé que public	

1 ^{er} auteur, année de publication	Devis Méthode de collecte Source (n) Période de collecte	Échantillon : n et caractéristiques Objectif général Conditions identifiées : Conditions facilitatrices / défis Processus Retombées	<i>Forme d'intégration</i> Forces
Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ), 2006	Enquête par questionnaire Infirmières membre de la FIIQ et travaillant dans les premiers 34 GMF (n=32/64 échantillon exhaustif) Janvier-mars 2006	Infirmière en GMF membres de la FIQ	<i>Orientations Revendications</i> Profil détaillé des participantes et des GMF associés Détails des activités effectuées par les infirmières Détails des moyens mis en œuvre pour collaborer
		Décrire les conditions de l'implantation des GMF	
		Conditions étudiées <ul style="list-style-type: none"> • Arrimage entre les textes d'orientation et la réalité terrain • Réalisation des 23 activités infirmières attendues selon le MSSS • Respect des conditions de travail Défis <ul style="list-style-type: none"> • Attentes élevées de formation continue • Disponibilité/stabilité/remplacement/surcharge de la main-d'œuvre • Collaboration en termes de moyen (réunions, relation inter-établissements, attitudes) • Soutien clinique et administratif et syndical 	
		Processus <ul style="list-style-type: none"> • Développement de pratiques cliniques novatrices • Collaboration interprofessionnelle accrue quoiqu'encore basée sur, une vision différente des médecins et infirmières, hiérarchisation des relations, absence de leadership infirmier, protectionnisme historique, méconnaissance du champ infirmier, rôles, tâches 	
		Retombées <ul style="list-style-type: none"> • Pratique infirmière enrichie/élargie/valorisante • Impression d'une qualité des soins accrue 	

1 ^{er} auteur, année de publication	Devis Méthode de collecte Source (n)	Échantillon : n et caractéristiques Objectif général Conditions identifiées : Conditions facilitatrices / défis Processus Retombées	Forme d'intégration Forces
Agence de santé et des services sociaux, 2010	Entrevue (n=96)	GMF de la 1 ^{re} et 2 ^e vague (n=20) et cliniques-réseaux (n=25) de Montréal	<i>Recommandations</i>
	Visite des FMG (n=20)	Décrire les conditions de l'implantation des GMF	
	Octobre 2008 - juin 2009	Conditions <ul style="list-style-type: none"> • Présence de chargé de projet/ réunions trimestrielles pour médecins responsables Défis <ul style="list-style-type: none"> • Divergence de vision et des irritants perçus selon les médecins et les infirmières • Pratique antérieure module le rôle attendu et l'intégration des infirmières • Isolement des infirmières 	Nombre de participants Crédibilité Reproductibilité
		Processus <ul style="list-style-type: none"> • Arrimage difficile : des interventions stratégiques pour répondre aux visées du GMF, respect des ententes d'accréditation, inscription des patients, offre de service, de la culture des secteurs privé/public • Collaboration s'appuie sur un apprentissage et la clarification des rôles; limitée par le soutien informatique lequel faciliterait la circulation de l'information clinique • Variabilité du degré de collaboration établie au sein du GMF et CSSS 	
		Retombées <ul style="list-style-type: none"> • Si suivi conjoint cela dégage du temps aux médecins, cependant protocoles peu courants (diabète ou hypertension ; n= 6/23 GMF) • Activités de promotion et prévention bonifiées 	

1^{er} auteur, année de publication	Devis Méthode de collecte Source (n)	Échantillon : n et caractéristiques Objectif général Conditions identifiées : Conditions facilitatrices / défis Processus Retombées	Forme d'intégration Forces
Roy, 2004	Étude de cas unique	Un GMF de la 1 ^{re} vague (md n=3, inf n=5, gestionnaire n=2)	<i>Schématisation</i>
	Entrevue de groupe (n=3)	Définir les assises par consensus de la pratique infirmière en GMF, identifier les leviers et les obstacles à son application et clarifier la notion de collaboration	Précocité de l'étude
	Juin 2002- avril 2003	Processus <ul style="list-style-type: none"> • Pratique inf est définie différemment selon les interlocuteurs, vision complémentaire cependant • Md : pratique axée sur les services tels que les suivis systématiques, la liaison, les suivis téléphoniques et l'appui aux médecins; l'autonomie des infirmières en est un des moyens techniques utilisés dans la limite de leur profession • Inf : pratique axée sur la clientèle i.e la personne, sa santé et son environnement ; l'autonomie des infirmières en est une de contexte, impliquant la liberté de définir les limites du problème et la complémentarité de son rôle par rapport aux autres • Compétences nécessaires des inf: habilités personnels et professionnelles (capacité de travailler en équipe, être proactive, communiquer) alimentées par la formation et l'expérience • OC : aucune mention 	Diversité des participants
		Retombées <ul style="list-style-type: none"> • CI est efficiente dans les situations complexes de soins 	Crédibilité Reproductibilité

1 ^{er} auteur, année de publication	Devis Méthode de collecte Source (n)	Échantillon : n et caractéristiques Objectif général Conditions identifiées : Conditions facilitatrices / défis Processus Retombées	Forme d'intégration Forces
Pelletier, 2008 et 2009	Étude de 2 GMF-cas Observation directe (16 heures à intervalle régulier) Activités infirmières analysées (n=480) Entrevue de validation (n=3)	<div data-bbox="764 459 1644 553"> <p>GMF : un privé, un public Connaître l'avis des professionnels sur la structure, les processus et les activités des infirmières</p> </div> <div data-bbox="764 561 1644 906"> <p>Conditions influençant de la pratique inf</p> <ul style="list-style-type: none"> • Taille du GMF, horaire des md, fonctionnement • Aménagement des lieux physiques contraint l'offre de service • Nombreux médecins entraînent plus de demandes ponctuelles, davantage liées à la technologie du soin. • Manque de disponibilité des md pour établir, ensemble, des priorités, contribue à des turbulences internes. • Activités valorisées sont celles qui n'entravent pas le pouvoir décisionnel des md gestionnaires. • Inf souhaitent plus de latitude pour organiser le travail et participer davantage aux décisions </div> <div data-bbox="764 914 1644 1127"> <p>Processus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diversité des pratiques inf: gestion de l'information (entre 30 et 40 % du temps dédié) et les pratiques de la relation (13 % à 17 %) • OC : conçue comme un service rendu au médecin car elle libère du temps clinique à celui-ci • La collaboration pourrait être accrue en outre en misant sur la diffusion des OC déjà élaborées </div> <div data-bbox="764 1135 1644 1261"> <p>Retombées</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expertise plus pointue se développe au sujet du diabète, de l'hypertension, du soin des plaies et de la cryothérapie • Complémentarité CSSS et GMF en devenir </div>	<p>Constats</p> <p>Grille d'analyse des activités infirmières</p> <p>Crédibilité</p> <p>Reproductibilité</p>

1^{er} auteur, année de publication	Devis Méthode de collecte Source (n)	Échantillon : n et caractéristiques Objectif général Conditions identifiées : Conditions facilitatrices / défis Processus Retombées	Forme d'intégration Forces
Jean, 2010	Devis exploratoire qualitatif	GMF dans 12 régions du Québec Décrire les attributs du suivi systématique des clientèles (SSC)	Analyse documentaire de la production de plusieurs GMF
	Analyse documentaire	Condition • Tandem inf-md • Compagnies pharmaceutiques source d'influence dans l'élaboration des SSC	
	Période de collecte non précisée	Processus • Inf se perçoit comme la coordonnatrice du SSC, ayant un • Rôle complémentaire au médecin, • Davantage disponible, en position d'agir avec le patient et considérer l'environnement, la famille et la personne • SSC est adaptable à la clientèle	
		Retombées • Raffinement des SSC, serait le témoin silencieux de l'évolution de la pratique inf en GMF	

ANNEXE 6 - Exemples d'émetteurs récurrents de contenu public sur les OC

Acteurs	Date accès	Format	Contenu ou Titre	Commentaires
Organisation multiprofessionnelle Association québécoise des établissements de santé et des services sociaux	19 avril 2005	Fiche informative	<ul style="list-style-type: none"> Règlement sur les normes relatives aux ordonnances relatives aux ordonnances faites par un médecin (Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, 2005) 	Document explicatif pour distinguer les protocoles des OC et les procédures de rédaction, d'approbation
Organisation multiprofessionnelle Centre de santé et des services sociaux de la Vieille Capitale	Sept 2005	PDF libre d'accès	<ul style="list-style-type: none"> Tableaux comparatifs d'OC sur thérapie de remplacement de la nicotine, contraception féminine, traitement contre la pédiculose (CSSS Vieille-Capitale, 2005) 	<ul style="list-style-type: none"> Variation locale Effort de diffusion entre les GMF
Organisation multiprofessionnelle Institut national de santé publique du Québec – Espace ITSS	Oct 2010	Page Web OC	<ul style="list-style-type: none"> Généralités sur les OC Exemple d'OCITSS (Institut national de santé publique du Québec, 2010) 	<ul style="list-style-type: none"> Organisme spécialisé comme véhicule de diffusion
Organisation multiprofessionnelle Institut national d'excellence en santé et en services sociaux	Mars 2013	Page Web OC	<ul style="list-style-type: none"> Généralités sur les OC Modèle provincial d'OC pour quatre maladies chroniques, dont le diabète (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2013b, 2013c) 	<ul style="list-style-type: none"> Délai de deux ans entre l'annonce du mandat de l'INESSS et la disponibilité des OC Mandat de mise à jour de ces modèles
Association professionnelle Fédération des médecins omnipraticiens du Québec	Juin/sept 2006	Article dans revue professionnelle	<ul style="list-style-type: none"> « Les ordonnances collectives – I / II pas si compliquées... une fois qu'on sait comment faire !! ». (Larouche, 2006a, 2006b) 	<ul style="list-style-type: none"> Document de nature explicative 4 ans après l'introduction légale des OC

Acteurs	Date accès	Format	Contenu ou Titre	Commentaires
Association professionnelle Association des médecins du Québec	2012	Blog du Président sortant lors congrès annuel	<ul style="list-style-type: none"> « Pendant la discussion, les ordonnances collectives ont refait surface comme un outil encore très sous-utilisé par tous les médecins. Les ordonnances collectives permettent pourtant aux différents professionnels de la santé de déployer plus rapidement toutes leurs compétences en interdisciplinarité. Elles permettent aussi aux médecins, par ricochet, de dégager du temps précieux pour exercer pleinement leur science et leur art en temps opportun auprès des patients le nécessitant. » (Trudeau, 2012, par 4) 	•OC sous-utilisée 10 ans après leur introduction légale
Association professionnelle Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec	Aut 2011	Annonce d'une formation continue	<ul style="list-style-type: none"> Tournée provinciale d'information « Les ordonnances collectives démystifiées » (Ordre des pharmaciens du Québec, 2011) Le document compagnon présenté cadre légal, définition des termes usuels et des précisions pour clarifier les rôles des conseils CII, CMDP, CM; étapes d'élaboration et d'adoption des OC ainsi que le contenu attendu des OC; « Tableau de bord d'implantation des OC » comme étape : planification, politique, collaboration, rédaction, approbation, mise en œuvre/ évaluation/ mise à jour. Offre une dizaine d'exemples d'OC, aucune OCD. 	<ul style="list-style-type: none"> •Défis à l'implantation 9 ans après introduction légale •Démarche politique nécessaire, processus de collaboration interprofessionnelle est nommée comme condition essentielle •OCD pas citée comme exemple
Associations professionnelles Communauté virtuelle de pratique des inf en GMF	Octobre 2007	Communauté de pratique	Invitation à se joindre comme membre avec des frais d'inscription (150 \$/an) pour avoir accès à des ressources dont des OC « https://liferay6.cess-labs.com/en/web/cvp-gmf »	<ul style="list-style-type: none"> •Progression du nombre de membres au fil des ans •Subventionnée par la compagnie Pfizer (66 %)
Ordres professionnels Ordre des pharmaciens du Québec	Jan 2007/ Août 2008	Éditorial et article dans la revue professionnelle	<ul style="list-style-type: none"> • « Êtes-vous OK avec les OC? » • « Les ordonnances collectives : de la théorie à la pratique » (Boulet, 2007; Bourbeau et Méthot, 2008) 	•Document explicatif 5 ans après l'introduction légale des OC

Acteurs	Date accès	Format	Contenu ou Titre	Commentaires
Ordre professionnel Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)	2007	Page de site <i>Web</i>	<ul style="list-style-type: none"> Généralités sur l'application de la loi, plusieurs modèles OC Section des questions/réponses : À titre d'exemple, la question suivante: « Si la DSI du CSSS tarde à valider une OC élaborée et approuvée par les médecins d'un GMF privé, les infirmières peuvent-elles l'appliquer sans la validation de la DSI? ». (Ordre des infirmières et infirmier du Québec, s. d.) 	<ul style="list-style-type: none"> Site transformé au fil des années offrant de plus en plus de contenu varié Questionnement sur les différences entre les processus d'adoption GMF privé et public Valorisation des OC Valorisation de la standardisation des OC
	Mai 2011	Colloque	<ul style="list-style-type: none"> Colloque du Conseil des infirmières et infirmiers intitulé « OC : place à l'efficacité! » (Ordre des infirmières et infirmier du Québec, 2011) 	
	Sept 2013	Prix	<ul style="list-style-type: none"> Prix Innovation clinique accordée à une équipe qui a harmonisé les OC de trois CSSS (Ordre régional des infirmières et infirmiers du Québec du Saguenay/Lac St-Jean-Nord du Québec, 2012) 	
Instance locale Centre intégré universitaire de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale	Janv 2016	Section de site <i>Web</i>	<p>Exemples de OC</p> <p>(Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, s.d)</p>	Modèles d'OC et formulaire de liaison

ANNEXE 7 - Tableau des construits, dimensions, variables et indicateurs

Construit	Dimension	Variable	Indicateur volet 1 = V1 ; volet 2 = V2; q= numéro de la question dans le questionnaire du volet 1
Contexte externe	Code révisé*	Prise de position publique au sujet de l'utilisation des OC	Avis pour ou contre les OC/OCD dans les publications officielles et les propos des porte-paroles des instances du macrosystème (MSSS et ordres professionnels)*
	Mesosystème	Liens avec acteurs externes	Liens avec instances du mesosystème (CSSS, ASSS, DSI, CMDP, pharmaciens) V1 q41-50
Contexte interne	Caractéristiques structurelles du GMF	Vague d'implantation du GMF	Date d'ouverture du GMF : vague 1 = 2002-juin 2005; vague 2 = juillet 2005-juin 2008; vague 3 = juillet 2008 - janv 2011 (V1 q4; liste ministère)
		Statut légal	Statut légal déclaré selon la rénumération des md du GMF: privé, public, mixte (V1; V2)
		Gouvernance	Composition du comité de gestion (V1 q5; V2) Nombre de sites (V1 q6-q7; V2)
		Accessibilité pour clientèle	Heures d'ouverture (V1 q1; V2) Ouverture lors de la fin de semaine (V1 q2; V2) Clientèle Db prioritaire (V1 q3; V2)
		Taille	Nombre de commis, md, inf au site principal (V1 q70-72-78; V2) Nombre d'inf et md en poste depuis ouverture (V1 q77-83; V2) Présence d'autres professionnels (titre, temps partiel/complet, V1 q85-95;V2) Ouverture de poste au site principal depuis 2008 (v1 q98-107; V2)

Construit	Dimension	Variable	Indicateur volet 1 = V1 ; volet 2 = V2; q= numéro de la question dans le questionnaire du volet 1
		Maturité du GMF	International Family Practice Maturity Index (IFPMM v2, EQUIP 2007): système informationnel, gestion ressources humaines, usage d'informations clientèle, rétroaction de la clientèle, amélioration continue, procédures (V2)
	Caractéristiques opérationnelles du GMF	CI: inertie, construction, action	Typologie de D'Amour et collaborateurs. (2006) (V2)
		• Gouvernance	Gestion de l'action collective par concertation, expertise, leadership, consensus
		• Finalisation	Partage des mêmes buts et allégeances des acteurs
		• Formalisation	Entente, arrangements intra/inter-établissements; infrastructure d'information (V1 q41-50)
		• Intériorisation	Confiance et connaissance mutuelle des acteurs
		Climat	Inventaire du climat d'équipe (TCI): participation au sein de l'équipe; appui aux idées nouvelles; objectifs de l'équipe; centration sur la tâche (V1 q51-69; V2)
		Personnel infirmier	Nombre d'inf qui ont quitté depuis 2008 (V1 q108; V2)
			Impact sur fonctionnement et amélioration (V1 q109-110; V2)
			Rôles et fonctions de l'inf pour la clientèle Db (V1 q8-q19; V2)
			Profil de la répondante: participation à la formation conjointe de l'OIIQ-CMQ sur les OC; inscrite à la communauté virtuelle de pratique des inf en GMF; diplôme obtenu; expérience de travail dans un service spécialisé en Db; nombre de mois à l'emploi de ce GMF et autre GMF (V1 q111-q121; V2)
		Mécanismes de coordination des soins pour la clientèle Db	Modalités d'échanges d'information clinique (V1 q20-26; V2)

Construit	Dimension	Variable	Indicateur volet 1 = V1 ; volet 2 = V2; q= numéro de la question dans le questionnaire du volet 1
		Autres facteurs contribuant à la réceptivité aux OC	Facteurs parmi ceux inclus dans le modèle de Greenhalgh et al. qui contribuent à expliquer le statut de GMF champion octroyé au regard de la diversité et de la portée clinique des OCD en vigueur (V2)
	Innovation	Statut d'utilisateur d'OC	Déclaration d'avoir des OC et/ou OCD (V1 q27; V2) Objet de la 1 ^{re} OC (V1 q28; V2) Responsable de l'élaboration 1 ^{re} OCD (V1 q39; V2) Ressources pour élaboration 1 ^{re} OCD (V1 q40; V2)
		Caractéristiques du produit	Avantage relatif: bénéfice d'utilisation par rapport à la pratique en cours (V2) Observable: processus d'utilisation observable et effets visibles (V2) Fiable/non-risqué: comportement prévisible et résultat souhaité (V2) Aisance: compte tenu du soutien technique offert aisé à implanter et à utiliser (V2) Source de confiance: proposée par une source digne de confiance selon l'utilisateur potentiel (V1 q40; V2) Caractéristique centrale: aspects de l'innovation difficilement modifiable sans dénaturer l'innovation (V2) Caractéristique périphérique: aspect modifiable de l'innovation pour un usage davantage contextualisé ou souhaité par utilisateur (V2) Étapes d'élaboration (V2)
Implantation	Degré de mise en œuvre des OCD	Délai d'implantation OC et OCD	Nombre de jours séparant la date d'accréditation du GMF et la date d'entrée en vigueur de la première OCD et OC (V1)

Construit	Dimension	Variable	Indicateur volet 1 = V1 ; volet 2 = V2; q= numéro de la question dans le questionnaire du volet 1
		Diversité des OCD	Nombre d'OC en vigueur dans le GMF (V1 q30) Somme du type d'objet d'OCD en vigueur dans le GMF (V1); score total: diversité X portée
		Portée clinique	Effets directs sur la santé des patients lors de l'application de l'OCD, qu'ils soient désirables ou indésirables (V1 score 0 à 10); score total: diversité X portée
Retombées	Pratique professionnelle	Champs d'exercice et rôles dans les soins	Utilisation des connaissances dans le cadre d'une profession particulière, incluant les activités professionnelles liées à la santé et l'exécution des fonctions liées à la délivrance des soins.
	Interactions patient-professionnels	Modalités et contenu des interactions dans la triade inf-md-patient	Verbalisations sur les croyances, les ressentis, les observations concernant une période de soin ou plus largement la relation établie ou souhaitée entre la personne Db et les ressources professionnelles dans le suivi conjoint en GMF (V2)
	Autogestion	Prise de décision et gestes posés par la personne atteinte du Db	Auto-évaluation, planification des actions, résolution de problème; prise de décision, utilisation des ressources, partenariat avec les professionnels (V2)

Note: * selon les renseignements relevés sur les sites officiels, communiqués de presse et articles dans la recension; ASSS = Agence de la santé et des services sociaux; CMDP = Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens; CMQ = Conseil des médecins du Québec; Db = Diabète; DSI = Direction des soins infirmiers; Inf = infirmière; Md = Médecins; OIIQ = Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

ANNEXE 8 - Carte postale pour le recrutement des GMF

Recto



Verso 1^e pré-envoi et rappel


Où en sommes-nous avec les ordonnances collectives et le diabète au sein des GMF?

- *Participer à une enquête provinciale très prochainement!
- *Votre participation est importante pour nous.
- *Un seul répondant par GMF. L'infirmière est ciblée et la collecte de données nécessite entre 20 et 45 minutes.

Information: caroline.bois@usherbrooke.ca

Diabète Québec  UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE 



Où en sommes-nous avec les ordonnances collectives et le diabète au sein des GMF?

Une trousse de participation à une enquête provinciale vous a été envoyée au cours des deux dernières semaines. Déjà de nombreux GMF ont transmis leurs réponses et nous leur en sommes très reconnaissants.

À nouveau, nous vous invitons l'ensemble des GMF à se joindre aux répondants en complétant la trousse et en nous la transmettant le plus tôt possible. **Plus le nombre de participants est grand, plus la réponse que nous pourrons vous offrir sera valide.**

Question ou besoin d'une nouvelle trousse de répondant ?
 Vous ne désirez pas recevoir le prochain rappel ?
 N'hésitez pas caroline.bois@usherbrooke.ca

Diabète Québec  UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE 

ANNEXE 9 - Invitation à participer à une étude multicentrique - médecin



À : Dr XXX

Date : 30 septembre 2011

Objet : Invitation à participer à une étude multicentrique

Madame, Monsieur

Dans le cadre d'un projet doctoral à la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke, nous sollicitons votre avis favorable comme médecin responsable de votre groupe de médecine de famille (GMF).

L'implantation des ordonnances collectives est une préoccupation très actuelle des milieux cliniques. Cette étude contribuera à la réflexion en dressant le portrait de leur implantation au plan provincial. Elle évalue spécifiquement l'implantation des ordonnances collectives en lien avec le suivi des personnes diabétiques. La participation de votre GMF contribuera à la compréhension du processus d'implantation des ordonnances collectives et de la collaboration professionnelle dans une visée d'améliorer les services à la clientèle diabétique.

Cette étude aura deux volets. Cet envoi vous propose de participer au volet I en tant qu'organisation. Le premier volet consiste en un recensement auprès de tous les GMF du Québec. Le second volet se penchera de façon détaillée sur le processus d'implantation des ordonnances collectives au sein d'un GMF «champion».

Trois comités d'éthique de la recherche indépendants dont le comité central d'éthique de la recherche du ministère de la Santé et des Services sociaux, le comité d'éthique de la recherche sur l'humain du CHUS et de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke et le comité d'éthique de la recherche de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal ont approuvé ce projet. Vous trouverez en annexe la lettre de l'instance liée à votre GMF.

Nous vous invitons à lire les documents ci-joints et, quelle que soit votre intention de participation, à remplir le coupon-réponse et à le transmettre par fax au 450-463-1837. Si vous choisissez de participer, s'il vous plaît veuillez remettre la trousse du répondant à la personne désignée comme répondant(e) au sein de votre organisation. À défaut de nous signaler votre refus de participer en complétant le coupon-réponse ci-joint, des rappels vous seront acheminés.

Nous sollicitons comme répondante privilégiée l'infirmière qui effectue des suivis auprès de la clientèle diabétique et qui travaille au site principal. Si plusieurs infirmières assument ce rôle, nous souhaitons qu'une seule soit désignée comme répondante. La participation aux deux activités nécessite au total entre 20 et 45 minutes.

Version approuvée le 9 mars 2011

Deux activités de collecte de données sont prévues soit : 1) répondre à un questionnaire et 2) transmettre au chercheur les ordonnances collectives associées au suivi des personnes diabétiques en vigueur dans votre GMF. Outre le temps de réponse, aucun frais de participation ne sera encouru par les GMF participants. Plusieurs guides d'enseignement du diabète seront tirés au sort parmi les GMF ayant transmis le coupon-réponse ci-joint.

Questionnaire. Le questionnaire porte sur les caractéristiques du GMF, le climat perçu, les activités effectuées par l'infirmière auprès de la clientèle diabétique, les ordonnances collectives en vigueur et le profil de la répondante. Une copie du questionnaire est jointe pour que vous puissiez y consentir de façon éclairée. La répondante pourrait solliciter l'aide du médecin responsable du GMF pour compléter la section sur les caractéristiques du GMF.

Ordonnance collective. La seconde activité de collecte de données consiste en la transmission au chercheur des ordonnances collectives pour le suivi du diabète (OCD) en vigueur dans votre GMF. Les OCD transmises seront analysées. Cette analyse n'est pas un jugement de la qualité des ordonnances. Elle vise à préciser la date d'entrée en vigueur, l'étendue des soins couverts ainsi que la portée clinique. Toutes les ordonnances utilisées pour le suivi des patients diabétiques sont ciblées (tests de dépistage du diabète et des comorbidités, matériel pour la surveillance de la glycémie, traitement de la glycémie, requête/référence professionnelle). Toutes les consignes sont précisées dans la trousse du répondant incluse dans le présent envoi. La transmission des documents pourra s'effectuer par courrier électronique, par télécopieur ou par la poste grâce à l'enveloppe préaffranchie incluse dans la trousse.

Coupon-réponse

Concernant l'étude « Les ordonnances collectives comme outil de collaboration dans le suivi des personnes diabétiques en GMF : recherche évaluative » menée par Dr Raynald Pineault, Dre Maryse Guay, Pre Cécile Michaud et Caroline Bois

Merci de transmettre votre coupon-réponse par fax au

Pour faciliter le suivi des invitations, s'il vous plaît cocher les énoncés qui correspondent à votre choix, signer et dater.

Le médecin responsable de ce groupe de médecine de famille (GMF) :

- ☐ **a pris connaissance et consent à participer au volet I**
- ☐ **a pris connaissance et ne consent pas à participer au volet I**
- ☐ **est assuré que les données transmises seront dénominalisées** et, par conséquent, il sera impossible d'identifier les individus répondants et les GMF participants lors de la diffusion des résultats.
- ☐ **s'engage à transmettre** la trousse à un répondant au sein du site principal de GMF.
- ☐ **accepte** d'être approché comme « champion » pour le volet II de l'étude si les résultats de l'enquête révèlent que le GMF a ce statut.

Code du GMF: ____ **16-P-103 sw**

Nom du médecin responsable du GMF (en lettre moulées)

Signature

Date : __ jour/mois/ année ____

Commentaires :

ANNEXE 10 - Invitation à participer à une étude multicentrique - infirmière



À : Infirmière responsable du suivi de la clientèle diabétique au site principal

Date : 30 mai 2011

Objet : Invitation à participer à une étude multicentrique

Avec l'accord du médecin responsable de votre groupe de médecine de famille (GMF), nous vous sollicitons comme répondante pour une étude portant sur l'implantation des ordonnances collectives pour le suivi des personnes diabétiques. Votre participation est toutefois volontaire. Cette étude aura deux volets dont le premier consiste en une enquête auprès de la totalité des 213 GMF du Québec. Puis le second volet se penchera de façon détaillée sur le processus d'implantation au sein d'un seul GMF sélectionné comme cas de figure. Nous vous invitons à participer au volet I.

Les ordonnances collectives sont une préoccupation très actuelle des milieux cliniques. La participation de votre GMF est importante pour nous. Elle permettra de faire le portrait des ordonnances en vigueur et contribuera à l'amélioration des services à la clientèle diabétique. Merci d'y consacrer une partie de votre temps déjà si bien rempli.

Deux activités nécessitent votre participation et prendront entre 20 et 45 minutes au total. Après avoir pris connaissance et signé le formulaire de consentement, il s'agit de répondre à un questionnaire et de nous transmettre les ordonnances collectives associées au suivi de la clientèle diabétique.

Activité 1 : Remplir le questionnaire précisant le profil de votre GMF, votre perception du climat d'équipe, vos rôles et fonctions à titre d'infirmière auprès de la clientèle diabétique.

Activité 2 : Transmettre toutes les ordonnances collectives concernant le suivi des patients diabétiques en vigueur dans votre GMF (tests de dépistage du diabète et des comorbidités, matériel pour surveillance de la glycémie, traitement de la glycémie, requête/ référence professionnelle) à la chercheuse.

L'envoi du questionnaire, des ordonnances collectives et du formulaire de consentement peut s'effectuer de la façon vous convenant le mieux, soit par télécopieur au 450-463-1837, soit par la poste à l'aide de l'enveloppe-réponse préaffranchie ou par voie électronique (caroline.bois@usherbrooke.ca). S'il vous plaît, n'oubliez pas d'indiquer le code de référence sur tous les documents transmis. Votre code est 16-P-103 sw. Pour toute question ou commentaire, n'hésitez pas à me joindre au 450-463-1835 61863 ou par courriel.

Veuillez agréer nos salutations distinguées.

Caroline Bois M.Ps, étudiante au doctorat ¹

Cécile Michaud PhD, co-directrice ¹

Dre Maryse Guay, co-directrice ²

Dr Raynald Pineault, co-directeur ³

¹École des sciences infirmières, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

²Département des sciences de la santé communautaire, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

³Département de Médecine sociale et préventive, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Montréal

Version modifiée le 22 juin 2011

ANNEXE 11 - Formulaire d'information et de consentement

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Titre du projet : Les ordonnances collectives comme outil de collaboration professionnelle pour améliorer les soins offerts aux personnes diabétiques au sein des GMF

Chercheur responsable : Cécile Michaud Ph.D.
Dre Maryse Guay
Dr Raynald Pineault

Co-chercheur : Caroline Bois MPs
Candidate au doctorat en sciences cliniques

Préambule

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Nature et objectifs du projet de recherche

Enquête provinciale auprès de tous les groupes de médecine de famille du Québec (GMF) pour décrire l'implantation des ordonnances collectives pour le dépistage et le traitement du diabète.

Déroulement du projet de recherche

Deux activités de collecte de données sont proposées.

D'abord par un questionnaire auto-administré dans lequel des informations factuelles, vos perceptions concernant le climat et la collaboration avec les partenaires du réseau dans le cadre spécifique des services à la clientèle diabétique seront recueillies. Puis, vous serez invitée à transmettre les ordonnances collectives pour le suivi de la clientèle diabétique en vigueur dans votre GMF. Votre participation devrait nécessiter de 20 à 45 minutes au total.

De plus, parmi les répondantes, 10% seront identifiées au hasard pour participer à une seconde passation du questionnaire à 4 semaines d'intervalles pour augmenter la rigueur de la démarche évaluative. Cette seconde passation devrait nécessiter 20 minutes au total car seule l'activité questionnaire est reprise.

Inconvénients associés au projet de recherche

L'engagement cognitif est un des inconvénients de la participation à la recherche. Si vous participez, vous pourriez prendre davantage conscience de votre environnement de travail et du processus du soin des personnes ayant le diabète au sein de votre GMF. Également, il est possible que vous soyez mal à l'aise de préciser vos perceptions concernant les caractéristiques de votre GMF ou vous inquiéter concernant la préservation de la confidentialité des renseignements obtenus.

Des mesures seront prises pour gérer les risques ou diminuer les effets négatifs de la recherche. La chercheuse sera à l'écoute de vos besoins et répondra à toutes vos questions.

Soyez déjà assurée que la participation à cette étude ne constitue aucunement un examen de votre

Formulaire d'information et de consentement approuvé le 9 mars 2011 par le Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux.

performance en tant que professionnelle ou comme organisation. Il s'agit plutôt de produire une description de la situation provinciale sur l'implantation des ordonnances collectives. L'utilisation d'un code de référence ne permettra pas d'identifier les individus répondants et les résultats diffusés ne permettront pas d'identifier spécifiquement un GMF. Les données recueillies dans l'étude ne serviront qu'aux fins de la présente étude.

Avantages associés au projet de recherche

Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche, mais on ne peut vous l'assurer. Par ailleurs, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances concernant l'implantation des ordonnances collectives.

Participation volontaire et possibilité de retrait

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision au chercheur responsable du projet ou à l'un des membres du personnel affecté au projet.

Le chercheur responsable du projet de recherche et le Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement, si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche ou s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

Si vous vous retirez ou êtes retiré du projet, l'information déjà obtenue dans le cadre de ce projet sera conservée aussi longtemps que nécessaire pour rencontrer les exigences réglementaires.

Confidentialité

Durant votre participation à ce projet, le chercheur responsable ainsi que son personnel recueilleront et consigneront dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis tels des informations sur votre formation de base et continue, le nombre d'années à l'emploi de GMF ou d'un service spécialisé dans le soin des personnes diabétiques et les caractéristiques organisationnelles du GMF ainsi que son code postal.

Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, vous et votre organisation ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par le chercheur responsable.

Le chercheur responsable du projet utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrits dans le formulaire d'information et de consentement.

Les données pourront être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier. Également, les données du projet pourraient servir pour d'autres analyses de données reliées au projet ou pour l'élaboration de projets de recherches futurs. Par ailleurs, vos renseignements personnels ainsi que ceux concernant le GMF, seront conservés pendant 5 ans après la fin du projet par l'étudiante au doctorat sous la supervision du chercheur responsable et seront détruits par la suite.

Formulaire d'information et de consentement approuvé le 9 mars 2011 par le Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par le Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux ou par une personne mandatée par des organismes publics autorisés. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis, et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que le chercheur responsable du projet détienne ces informations.

Compensation

À titre de remerciement pour votre participation, votre organisation aura la possibilité de participer au tirage de 5 exemplaires du guide d'enseignement du diabète intitulé « Apprivoiser son diabète » produit par l'équipe de 3^e ligne de l'Hôpital Charles LeMoine.

Indemnisation en cas de préjudice et droits du sujet de recherche

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

Identification des personnes-ressources

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relié à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec la candidate au doctorat, Caroline Bois au

Pour toute question concernant vos droits en tant que sujet participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler vous pouvez communiquer avec l'Ordre des psychologues au 1 800 363 2644.

Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche

Le Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

Pour toute information, vous pouvez communiquer avec

Consentement

Titre du projet : Les ordonnances collectives comme outil de collaboration professionnelle pour améliorer les soins offerts aux personnes diabétiques au sein des GMF

I. Consentement du sujet

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement m'a été remise.

Nom et signature du sujet de recherche

Date

II. Signature de la personne qui a obtenu le consentement si différent du chercheur responsable du projet de recherche.

J'ai expliqué au sujet de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

Caroline Bois

Nom et signature de la personne qui obtient le consentement

Date

III. Signature et engagement du chercheur responsable du projet

Je certifie qu'on a expliqué au sujet de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions que le sujet de recherche avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée au sujet de recherche.

Nom et signature du chercheur responsable du projet de recherche

Date

ANNEXE 12 - Questionnaire GMF pour infirmière

Votre participation est importante pour nous.

***Merci de consacrer de votre temps à cette étude concernant
les soins aux personnes diabétiques en 1^{ère} ligne.***

- Le médecin responsable de votre groupe de médecine de famille consent à votre participation.
- Votre participation nécessitera entre 20 à 45 minutes.
- Merci de lire attentivement les consignes.
- N'hésiter pas à joindre la chercheuse pour des clarifications au numéro de téléphone 450-463-1835 61863 ou par courriel à caroline.bois@usherbrooke.ca

CONSIGNES :

- Les abréviations suivantes seront utilisées :
 - groupe de médecine de famille (GMF)
 - médecin (md)
 - infirmière (inf) terme utilisé pour désigner aussi les infirmiers
 - ordonnance collective (OC)
- Pour répondre à la section I et VII sur les caractéristiques du GMF, il vous est possible de solliciter des informations de la part du médecin responsable de votre GMF. Pour les autres sections, votre perception est recherchée et ne nécessite pas de validation d'une autre personne-ressource.
- À moins de consignes contraires, répondre aux questions en vous référant au **site principal du GMF ou autrement dit à la clinique médicale principale.**

IDENTIFICATION DU GMF:

- Afin de situer les GMF dans leur contexte populationnel, s'il vous plaît indiquer le code postal de votre GMF. Le CODE POSTAL de votre GMF est : _____
- Afin de rendre impossible l'identification des GMF et de permettre la gestion des documents de façon systématique, un code de référence vous est attribué.

Merci de retourner le questionnaire et les ordonnances collectives pour le suivi diabétique en vigueur

par télécopieur au

par la poste sous enveloppe préaffranchie

ou par courriel à caroline.bois@usherbrooke.ca

N'oublier pas d'y joindre votre code de référence :

Version approuvée le 9 mars 2011

SECTION I Caractéristiques du GMF : généralités

1. Combien d'heures par semaine votre GMF est-il ouvert à la clientèle ? Cocher un seul choix

- ☐¹ < 35h
☐² 35-45h
☐³ 46-55h
☐⁴ >55h

2. Votre GMF est-il ouvert la fin de semaine à la clientèle ?

- ☐¹ Non
☐² Oui

3. Votre GMF s'est-il donné pour mission d'offrir des services prioritairement à la clientèle diabétique ?

- ☐¹ Non
☐² Oui
☐⁹⁹ Ne sais pas

4. Depuis quelle date votre clinique médicale est-elle accréditée de GMF ? _____ mois _____ année

5. Les GMF sont gérés de différentes façons. Dans le cas de votre GMF, existe-t-il Cocher un seul choix

- ☐¹ Un seul médecin nommé gestionnaire responsable SANS AUCUN comité exécutif
☐² Un médecin nommé gestionnaire responsable ET un comité exécutif au sein duquel siège AUCUNE infirmière
☐³ Un médecin nommé gestionnaire responsable ET un comité exécutif au sein duquel siège AU MOINS UNE infirmière
☐⁴ Un médecin nommé gestionnaire responsable ET un comité exécutif au sein duquel siège AU MOINS un professionnel EN PLUS d'une infirmière
☐⁵ Autre, préciser : _____
☐⁹⁹ Ne sais pas

6. Votre GMF a-t-il d'autres lieux de service que la clinique principale, parfois ces sites sont appelés des sites affiliés ou satellites ?

- ☐¹ Non → Passer à la page suivante, question 8
☐⁹⁹ Ne sais pas → Passer à la page suivante, question 8
☐² Oui → Répondre à la question 7

7. SANS COMPTER le site principal, combien votre GMF a-t-il de sites affiliés?

- ☐¹ un ☐² deux ☐³ trois ☐⁴ quatre ☐⁵ plus de quatre

SECTION II Rôles et fonctions de l'infirmière

A) Concernant SPÉCIFIQUEMENT la clientèle

DIABÉTIQUE, en cochant la case correspondante
répondre dans quelle mesure vous participez à ...

	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours	Ne s'applique pas
8. Prendre les mesures de poids, taille, tension artérielle	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁹⁹
9. Vacciner contre la grippe saisonnière	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁹⁹
10. Enseigner individuellement au patient	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁹⁹
11. Enseigner aux membres de famille du patient	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁹⁹
12. Enseigner aux patients en groupe	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁹⁹
13. Relancer par téléphone les patients selon un protocole de suivi préétabli	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁹⁹
14. Effectuer un suivi systématique infirmier autonome	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁹⁹
15. Évaluer avec monofilament une possible neuropathie	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁹⁹
16. Partager l'enseignement au patient SYSTÉMATIQUEMENT avec une nutritionniste	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁹⁹
17. Au besoin, référer directement le patient à la nutritionniste	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁹⁹
18. Au besoin, référer directement le patient aux ressources telles psychologue, kinésologue, travailleur social, autres	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁹⁹
19. Au besoin, suggérer au md de référer le patient aux ressources, telles nutritionniste, psychologue, kinésologue, travailleur social, autres	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁹⁹

B) Comment se fait la coordination des soins entre les professionnels du GMF ? Cocher tout ce qui s'applique

- ☐²⁰ Par des échanges informels
- ☐²¹ Selon des protocoles de suivi préétablis pour l'ensemble des diabétiques
- ☐²² Par des plans de service individualisés
- ☐²³ Par des formulaires de transmission d'informations cliniques
- ☐²⁴ Lors de réunions organisées au besoin
- ☐²⁵ Lors de réunions organisées régulièrement et prévues d'avance
- ☐²⁶ Autres modalités, préciser :

SECTION III Ordonnance collective

27. Votre GMF s'est-il doté d'ordonnances collectives jusqu'à présent?

☐¹ Non → *Passer à la page 6, section V, question 41*

☐² Oui → *Préciser à la page suivante*

28. Quel a été l'objet de la première OC en vigueur dans votre GMF ?

☐²⁹ À quelle date a-t-elle été mise en vigueur dans votre GMF? _____ année _____ mois

30. En date d'aujourd'hui, combien d'ordonnances collectives sont en vigueur dans votre GMF ?

Préciser le nombre : _____

SECTION IV Ordonnance(s) collective(s) associée(s) au diabète

31. Votre GMF s'est-il doté d'ordonnances collectives pour le **dépistage et le suivi de la clientèle diabétique** (concernant par exemple les tests de dépistage de dyslipidémie, hypertension, hyperglycémie, neuropathie ou le matériel tel les bandelettes ou les traitements par hypoglycémiant ou insulines) ?

☐¹ Non → *Passer à la page 6, question 41*

☐² Oui → *Préciser aux questions suivantes*

Combien d'OC en vigueur permettent d'effectuer des tests de dépistage de ...

32. Dyslipidémie ☐⁰ aucune ☐¹ une seule ☐² deux ☐³ plus de deux ☐⁹⁹ ne sais pas

33. Hypertension ☐⁰ aucune ☐¹ une seule ☐² deux ☐³ plus de deux ☐⁹⁹ ne sais pas

34. Hyperglycémie ☐⁰ aucune ☐¹ une seule ☐² deux ☐³ plus de deux ☐⁹⁹ ne sais pas

Combien d'OC en vigueur concernent le matériel associé au traitement du diabète tel ...

35. Bandelettes ☐⁰ aucune ☐¹ une seule ☐² deux ☐³ plus de deux ☐⁹⁹ ne sais pas

36. Glucomètre ☐⁰ aucune ☐¹ une seule ☐² deux ☐³ plus de deux ☐⁹⁹ ne sais pas

Combien d'OC en vigueur concernent le traitement pharmacologique avec

37. Hypoglycémiant ☐⁰ aucune ☐¹ une seule ☐² deux ☐³ plus de deux ☐⁹⁹ ne sais pas

38. Insuline ☐⁰ aucune ☐¹ une seule ☐² deux ☐³ plus de deux ☐⁹⁹ ne sais pas

39. Concernant la toute PREMIÈRE OC pour le dépistage et le suivi de la clientèle diabétique, au départ, quelle(s) personne(s) a (ont) été responsable(s) de la rédaction de l'ébauche ?

- ☐⁹⁹ Impossible de retracer avec certitude cette information
- ☐¹ Un médecin en particulier
- ☐² Au moins 2 médecins
- ☐³ Une infirmière en particulier
- ☐⁴ Au moins 2 infirmières
- ☐⁵ Un comité conjoint médecin-infirmière
- ☐⁶ Autre, préciser :

40. La personne responsable de la rédaction a-t-elle eu accès à une OC concernant le diabète déjà en vigueur ailleurs ?

- ☐⁹⁹ Impossible de retracer avec certitude cette information
- ☐⁰ Aucune OC concernant le diabète n'a pu être consultée
- ☐¹ Au moins une OC provenant D'UN AUTRE milieu, concernant le diabète, a pu être consultée
- ☐² Au moins une OC provenant DE DIFFÉRENTS MILIEUX, concernant le diabète, ont pu être consultées

☐³ Quelles ont été les sources d'information consultées pour générer VOTRE PREMIÈRE OC pour le dépistage et le suivi de la clientèle diabétique.

☐⁴ N'hésiter pas à nous transmettre des précisions au sujet de la recherche d'information et la rédaction de l'ébauche de la première OC pour le dépistage et le suivi de la clientèle diabétique.: ✱

Blank lined paper.

SECTION V Collaboration inter-établissements

Selon votre pratique infirmière dans votre poste actuel, qualifier vos liens actuels de collaboration avec...

	Inexistants	Limités	Étroits	Très étroits
41. Les GMF de la région (autres que vos sites affiliés)	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
42. Le CLSC situé à proximité	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
43. Le centre hospitalier situé à proximité	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
44. La Direction des soins infirmiers (DSI) du CLSC	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
45. Les autres partenaires du CSSS	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
46. L'Agence de santé et des services sociaux de votre région	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
47. Les pharmacies de votre région	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
Autre(s): préciser seulement s'il existe d'autres collaborations très étroites pour votre GMF				
48. _____				X
49. _____				X
50. _____				X

SECTION VI Inventaire du climat d'équipe

L'Inventaire du climat d'équipe est un outil conçu pour mesurer différentes dimensions du travail en équipe. Pour les fins de cette étude, le terme « équipe » réfère aux personnes avec qui vous travaillez au GMF.

Participation au sein de l'équipe

Cette partie porte sur le degré de participation au sein de votre équipe.

Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec les énoncés suivants ?
Veuillez inscrire un X dans la case qui vous semble la plus appropriée à chaque énoncé.

	Pas du tout d'accord	En désaccord	Ni d'accord Ni en désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord
51. Notre attitude est que « nous sommes tous dans le même bateau ».	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Les gens s'informent les uns les autres des questions relatives au travail dans l'équipe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Les gens se sentent compris et acceptés par les autres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Des efforts réels sont faits pour partager l'information dans toute l'équipe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Il y a beaucoup de concessions mutuelles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Nous restons en contact les uns avec les autres au sein de l'équipe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Appui aux idées nouvelles

Cette partie porte sur les attitudes à l'égard du changement au sein de votre équipe.

Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec les énoncés suivants ?
Veuillez inscrire un X dans la case qui vous semble la plus appropriée à chaque énoncé.

	Pas du tout d'accord	En désaccord	Ni d'accord Ni en désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord
57. L'équipe est toujours en train de développer de nouvelles solutions aux problèmes qui surviennent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. L'équipe est ouverte et sait réagir au changement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Les gens de l'équipe sont toujours en train de chercher de nouvelles façons d'envisager les problèmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. Les membres de l'équipe offrent et partagent des ressources pour aider à appliquer des idées nouvelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. Les membres de l'équipe offrent un soutien pratique aux idées nouvelles et à leur application.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECTION VI Inventaire du climat d'équipe (suite)

Objectifs de l'équipe

Cette partie traite des objectifs de votre équipe.

Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec les énoncés suivants ?
Veillez inscrire un X dans la case qui vous semble la plus
appropriée à chaque énoncé.

	Pas du tout	Plus ou moins					Tout à fait
	1	2	3	4	5	6	7
62. Jusqu'à quel point les objectifs de votre équipe sont-ils clairs pour vous?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. Jusqu'à quel point êtes-vous d'accord avec ces objectifs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. Jusqu'à quel point croyez-vous que les autres membres de l'équipe sont d'accord avec ces objectifs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. Jusqu'à quel point croyez-vous que les membres de votre équipe sont engagés à atteindre ces objectifs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Centration sur la tâche

Cette partie a trait à ce que vous pensez de la façon dont l'équipe surveille et évalue le travail qu'elle accomplit.

Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec les énoncés suivants ?
Veillez inscrire un X dans la case qui vous semble la plus
appropriée à chaque énoncé.

	Dans une très petite mesure	Dans une certaine mesure					Dans une très grande mesure
	1	2	3	4	5	6	7
66. Les membres de votre équipe offrent-ils des idées utiles et une aide pratique pour vous permettre de faire le travail le mieux que vous le pouvez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. Les membres de l'équipe sont-ils prêts à remettre en question le fondement de l'activité de l'équipe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68. L'équipe évalue-t-elle de façon critique les faiblesses potentielles de ce qu'elle fait afin d'obtenir les meilleurs résultats possibles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69. Les membres de l'équipe s'inspirent-ils des idées les uns des autres afin d'obtenir les meilleurs résultats possibles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECTION VII Caractéristiques du GMF : ressources humaines

70. Combien de commis en soutien administratif ou secrétaire travaille(nt) dans votre GMF ? _____

☐⁷¹ De ce nombre, combien travaille(nt) à temps complet (35 h ou plus) ? _____

72. Combien de médecins travaillent au site principal de votre GMF ? _____

De ce nombre, ...

☐⁷³ combien y travaillent moins de 10 heures par semaine : _____

☐⁷⁴ combien y travaillent entre 10 et 25 heures par semaine : _____

☐⁷⁵ combien y travaillent plus de 25 heures par semaine : _____

☐⁷⁶ Impossible de répondre car les présences sont très changeantes

77. Combien de médecins y travaillent depuis la date d'ouverture à la clientèle? _____

☐⁹⁹ Ne sais pas

78. Combien d'infirmières travaillent au site principal de votre GMF? _____

De ce nombre,...

☐⁷⁹ combien y travaillent moins de 10 heures par semaine : _____

☐⁸⁰ combien y travaillent entre 10 et 25 heures par semaine : _____

☐⁸¹ combien y travaillent plus de 25 heures par semaine : _____

☐⁸² Impossible de répondre car les présences sont très changeantes

83. Combien d'infirmières y travaillent depuis la date d'ouverture à la clientèle? _____

☐⁹⁹ Ne sais pas

84. Si votre GMF a des sites affiliés, combien d'infirmières au total travaillent dans ses sites ? _____

85. Votre GMF inclut-il des professionnels autres que des médecins et des infirmières (par exemple, nutritionniste, kinésiologue, physiothérapeute, travailleur social, autres) ?

☐¹ Non → *Passer à la page suivante, question 98*

☐² Oui → Préciser leur titre professionnel, indiquer le nombre de poste selon le statut de présence

86. Titre professionnel : 2) _____

☐⁸⁷ Nombre de poste _____ à temps plein (≥30 hres)

☐⁸⁸ Nombre de poste _____ à temps partiel (<30 hres)

89. Titre professionnel : 2) _____

☐⁹⁰ Nombre de poste _____ à temps plein (≥30 hres)

☐⁹¹ Nombre de poste _____ à temps partiel (<30 hres)

92. Titre professionnel : 2) _____

☐⁹³ Nombre de poste _____ à temps plein (≥30 hres)

☐⁹⁴ Nombre de poste _____ à temps partiel (<30 hres)

95. Titre professionnel : 2) _____

☐⁹⁶ Nombre de poste _____ à temps plein (≥30 hres)

☐⁹⁷ Nombre de poste _____ à temps partiel (<30 hres)

98. Depuis le 1^{er} janvier 2008, y a-t-il eu des ouvertures de poste au sein de votre site principal?

☐¹ Non → **Passer à la question 108**

☐² Oui → Préciser le(s) titre(s) de poste, indiquer le nombre de poste selon le statut de présence

99. Titre professionnel : 2) _____

☐¹⁰⁰ Nombre de poste _____ à temps plein (≥30 hres)

☐¹⁰¹ Nombre de poste _____ à temps partiel (<30 hres)

102. Titre professionnel : 2) _____

☐¹⁰³ Nombre de poste _____ à temps plein (≥30 hres)

☐¹⁰⁴ Nombre de poste _____ à temps partiel (<30 hres)

105. Titre professionnel : 2) _____

☐¹⁰⁶ Nombre de poste _____ à temps plein (≥30 hres)

☐¹⁰⁷ Nombre de poste _____ à temps partiel (<30 hres)

108. Depuis le 1^{er} janvier 2008, combien d'INFIRMIÈRES ont quitté définitivement le GMF ?

☐¹ aucune ☐² un seule ☐³ deux ☐⁴ trois ☐⁵ quatre ☐⁶ cinq ☐⁷ > cinq ☐⁹⁹ ne sais pas

109. Dans quelle mesure, jugez-vous que l'ensemble des changements au sein des ressources humaines du GMF (congrés prolongés, départs définitifs, ouverture et fermetures de poste) ont perturbé le bon fonctionnement du GMF? Cocher le chiffre correspondant à votre avis.

aucunement

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 énormément

110. Dans quelle mesure, jugez-vous que l'ensemble des changements au sein des ressources humaines du GMF (congrés prolongés, départs définitifs, ouverture et fermeture de poste) ont limité les efforts d'amélioration du fonctionnement du GMF ? Cocher le chiffre correspondant à votre avis.

aucunement

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 énormément

SECTION VIII Profil de la répondante

111. Avez-vous personnellement participé à la formation conjointe OIIQ-CMQ sur les ordonnances collectives ?
☐⁹⁹ Impossible de retracer cette information avec certitude
☐¹ Non
☐² Oui, précisez à quel moment : _____ année
112. Faites-vous partie de la communauté de pratique virtuelle des infirmières en GMF ?
☐¹ Non
☐² Oui → ☐¹¹³ Date d'inscription à la communauté ? _____ année _____ mois
114. Quel est votre plus haut niveau de diplôme obtenu ?
☐¹ DEC ☐² Certificat universitaire ☐³ Baccalauréat ☐⁴ Maîtrise ☐⁵ Doctorat
☐¹¹⁵ Année d'obtention : _____
116. Je travaille à ce GMF depuis son ouverture à la clientèle :
☐¹ Non
☐² Oui
117. Nombre d'années et mois à l'emploi du GMF actuel ? _____ année _____ mois
118. Nombre d'années travaillées au sein de d'autres GMF: _____ année _____ mois
119. Avez-vous déjà travaillé dans un service spécialisé dans le soin des patients diabétiques ?
☐¹ Non
☐² Si Oui → ☐¹²⁰ Pendant combien de temps au total ? _____ année _____ mois
121. Au cours de la dernière année, avez-vous participé à de la formation continue conjointe avec les médecins du GMF au sujet du DIABÈTE ?
☐¹ Non
☐² Oui
 Préciser : ☐¹ Une seule
☐² De deux à trois
☐³ Plus de quatre

ANNEXE 13 - Guide d'évaluation du questionnaire d'enquête



Faculté de médecine et des sciences de la santé
Programmes de 2^e et 3^e cycles en sciences cliniques
150, Place Charles-Lemoyne
Bureau 200
Longueuil (Québec)
J4K 0A8

GUIDE D'ÉVALUATION DU QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE

Les ordonnances collectives comme outil de collaboration professionnelle pour améliorer les soins offerts aux personnes diabétiques au sein des GMF

Chercheure : Caroline Bois, M.Ps., professeure chargée d'enseignement
Candidate au doctorat en sciences cliniques (santé communautaire)
Programme de sciences cliniques
Faculté de médecine et des sciences de la santé

Co-chercheuses : Cécile Michaud, inf. Ph.D, professeure agrégée¹
Maryse Guay, Md, professeure titulaire¹
Raynald Pineault, Md, professeur titulaire²
¹Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke
²Faculté de médecine, Université de Montréal

Janvier 2010

Note : Exemple de questions posées aux trois juges pour construire le questionnaire adressé à l'infirmière des GMF. Le questionnaire avait 6 sections.

SECTION I : Caractéristiques du GMF : généralités.
SECTION II : Caractéristiques du GMF : ressources humaines
SECTION III : Rôles et fonctions de l'infirmière
SECTION IV : Ordonnance collective
SECTION V : Collaboration inter-établissement
SECTION VI : Profil de la répondante

Exemple de question

1 Votre GMF a-t-il des sites satellites?

☐¹ Non → *Passer à la question 3*

☐² Oui → *Répondre à la question 2*

Clarté de l'énoncé :

☐ Clair

☐ Légèrement ambigu

☐ Ambigu

☒ Incompréhensible

☐ Très pertinent

Pertinence de l'énoncé :

☒ Pertinent

☐ Peu pertinent

☐ Non pertinent

☒ Modification de l'énoncé et suggestion d'une nouvelle formulation :

☐ Annulation de l'énoncé. Pourquoi ?

☐ Commentaires sur l'échelle de réponse :

2. Combien a-t-il de sites satellites ? ☐¹ 1 ☐² 2 ☐³ 3 ☐⁴ 4 ☐⁵ >4

Clarté de l'énoncé :

☒ Clair

☐ Légèrement ambigu

☐ Ambigu

☐ Incompréhensible

☒ Très pertinent

Pertinence de l'énoncé :

☐ Pertinent

☐ Peu pertinent

☐ Non pertinent

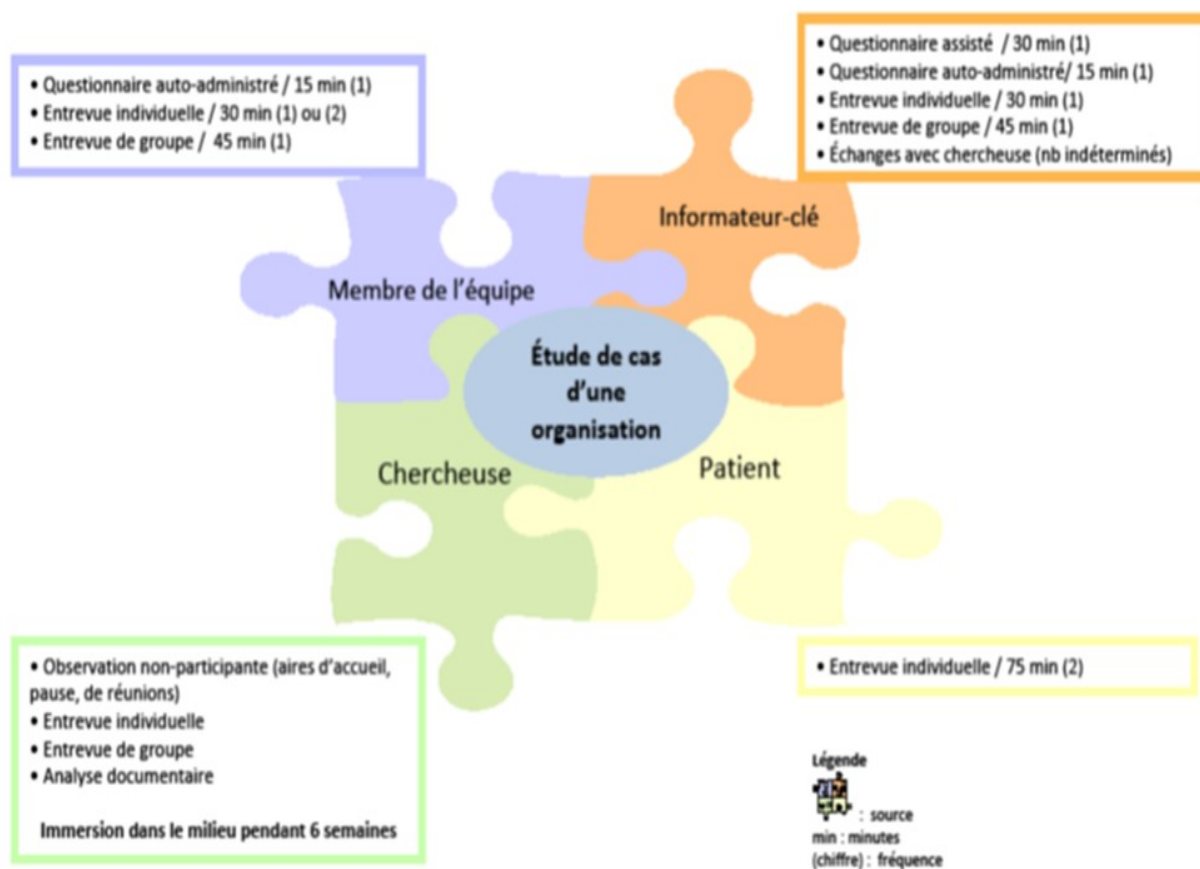
☐ Modification de l'énoncé et suggestion d'une nouvelle formulation :

☐ Annulation de l'énoncé. Pourquoi ?

☐ Commentaires sur l'échelle de réponse :

ANNEXE 14 - Étude de cas : approche MD-INF

Rencontre médecin gestionnaire –infirmière et chercheuse Méthode de collecte proposées initialement



ANNEXE 15 - Avis aire publique

AVIS À TOUS

Cette organisation participe présentement à une étude sur la collaboration et le suivi diabétique.

Des séances d'observation sporadiques auront cours du (période identifiée) dans les aires publiques et les salles de réunions.

Si vous avez des préoccupations à ce sujet, vous êtes invités à les partager ou si vous ne souhaitez pas faire partie de cette démarche, n'hésiter pas à aviser Caroline Bois en personne ou par téléphone au # .



Merci de votre collaboration.

ANNEXE 16 - Fiche d'activité

Fiche d'activité no						
Nom de l'activité						
Période	Date :					
	Heure de Durée totale : min					
Retrait demandé	Par qui ? motif exprimé :					
Résumé d'activité						
Objet mentionné	OC	OCD	Détail :			
Acteurs présents	<input type="checkbox"/> Md Gestionnaire	<input type="checkbox"/> Gestionnaire	<input type="checkbox"/> Inf 1	<input type="checkbox"/> Md	<input type="checkbox"/> Employé	<input type="checkbox"/> Collab externe
Animateur	<input type="checkbox"/> Md Gestionnaire	<input type="checkbox"/> Inf-clé	<input type="checkbox"/> Inf	<input type="checkbox"/> Md	<input type="checkbox"/> Employé	<input type="checkbox"/> Collab externe
But de l'activité	<input type="checkbox"/> Information	<input type="checkbox"/> Consultation	<input type="checkbox"/> Décision	Autre :		
Observations/ verbalisations ou séquence relevées						
Impression						
Éléments contraires						
Maturity Index	≠ Code	Code :	Détail :			
Intensité CIP	≠ Code	Code :	Détail :			
Réflexion						
Action conséquentes						
Autres						

ANNEXE 17 - Guide d'entrevue auprès des informatrices-clés

Collecte d'information en fonction des disponibilités de l'informateur-clé	Objectif: Cibler les faits sur le processus d'adoption des OC et OCD.
	Question : Comment s'est déroulée concrètement l'adoption des OC dans votre milieu ?
	Contenus anticipés: contexte, repères temporels, étapes de discussion et d'élaboration, modes de décisions, ressources humaines et informationnelles impliquées, formations associées, comparaison du processus des différentes OC en vigueur, particularités pour les OCD, effets pervers anticipés et observés.
	Questions d'approfondissement <p>A. Concernant les OC en général</p> <p>Dans quel contexte cela a-t-il été évoqué la possibilité d'utiliser les OC?</p> <p>Quels étaient les acteurs présents ?</p> <p>Quelles justifications ont été amenées initialement ?</p> <p>Quelles ont été les réactions initiales des membres de l'équipe ?</p> <p>Comment s'est prise la décision d'aller de l'avant ?</p> <p>Comment l'objet de la première OC rédigée a été choisi ?</p> <p>Qui a participé à la rédaction de cette première ?</p> <p>Quelles sources d'information ont été utilisées pour les rédiger ?</p> <p>Avez-vous eu copie d'une autre OC comme modèle? Si oui, comment vous a-t-elle été accessible ?</p> <p>Quelles ont été les étapes de rédaction ?</p> <p>Qui a participé à sa révision ?</p> <p>Quelles ont été les étapes pour l'adoption des OC ?</p> <p>Est-ce qu'une « préparation » additionnelle ou une formation a été nécessaire pour que l'équipe l'utilise ?</p> <p>B. Concernant les OC subséquentes,</p> <p>Depuis la 1^{re} OC, d'autres ont été adoptées, a-t-il des différences dans le processus d'adoption de la 1^{re} et des subséquentes ? Si oui, préciser lesquelles.</p> <p>C. Concernant les OC spécifiques au suivi des personnes diabétiques,</p> <p>En comparaison avec les autres OC de votre milieu, y a-t-il des particularités aux OCD ?</p> <p>Si oui, précisez lesquelles.</p> <p>Comment se déroule l'utilisation des OC pour le suivi diabétique?</p> <p>Pouvez-vous décrire comment a démarré l'utilisation des OCD?</p> <p>À votre avis, laquelle des OCD est la plus fréquemment utilisée ?</p> <p>Avez-vous un moyen d'évaluer les effets d'utilisation des OCD ?</p> <p>A-t-il eu des événements indésirables pour la santé des patients lors de l'utilisation des OC pour le suivi diabétique? Si oui, préciser lesquels ?</p> <p>Est-ce qu'une révision des OC est prévue, par qui et quand ?</p>

ANNEXE 18 - Guide d'entrevue individuelle auprès des professionnels

1 ^{ère} partie	Objectif: Cibler les faits sur le processus d'adoption des OC et OCD.
	Question : Comment s'est déroulée concrètement l'adoption des OC dans votre milieu ?
	Contenus anticipés: contexte, repères temporels, étapes de discussion et d'élaboration, modes de décisions, ressources humaines et informationnelles impliquées, formations associées, comparaison du processus des différentes OC en vigueur, particularités pour les OCD, effets pervers anticipés et observés.
2 ^e partie	Objectif: Cibler les leviers, les barrières et les retombées de l'implantation des OCD.
	Question 1: À votre avis, qu'est-ce qui explique que votre GMF a mis en place un nombre plus important d'OCD que la majorité des GMF du Québec ?
	Contenus anticipés 1: caractéristique du produit, circonstances organisationnelles, climat de l'équipe, importance du suivi diabétique, expertises et caractéristiques des professionnels, liens avec acteurs externes.
3 ^e partie	Objectif: Cibler l'expérience comme membre de l'équipe utilisatrice d'OCD.
	Question : Quelle est votre expérience comme membre d'une équipe qui utilise les OCD?
	Contenus anticipés: appréciation globale, préoccupations initiales et actuelles, avis sur le rôle professionnel et la collaboration, dimension centrale de l'innovation, sens accordé aux OCD.

ANNEXE 19 - Aide-mémoire entrevue – Gestionnaire

Entrevue avec la gestionnaire

Remerciement. Conditions de participation et d'enregistrement.

Dans les 20 prochaines minutes, il sera question de votre expérience ici au GMF. Il n'y a pas bonne ou de mauvaise réponse.

Situer votre rôle dans l'équipe, vos tâches et vos priorités actuelles

- Depuis combien de temps que vous travaillez ici ?
- Qu'est-ce qui a changé depuis votre arrivée en termes de tâches et d'environnement ?
- Comment les nouveaux outils pour faire votre travail sont introduits?
- Dans la gestion du GMF, comment les personnes se partagent les responsabilités ?
- Par exemple, qui établit l'ordre du jour ? Qui rédige les pv ? Nombre de rencontres / année, sont-elles établies d'avance?

L'implantation des OCD

Parlons d'un autre changement qui concerne les infirmières, soit l'introduction des OCD.

- Avez-vous entendu parler des OCD?
- Est-ce que vous avez eu connaissance de ce changement?
- À votre avis, qu'est-ce qui explique que ce GMF est réussi à implanter plus d'OCD que les autres GMF ?
- Dans vos souvenirs quelles étaient les retombées anticipées ?
- À votre connaissance a-t-il eu des incidents critiques entourant l'utilisation des OC au sein de votre GMF

Les habitudes de votre équipe de travail

Si vous aviez à engager une nouvelle personne dans le groupe et que vous avez à lui expliquer comment cela fonctionne le groupe ? Qu'est-ce qui serait important de lui expliquer pour qu'elle s'intègre rapidement ? Quelles sont les qualités qu'elle devrait avoir pour faire partie de l'équipe?

Clore avec question sur autre élément à mentionner ou sur la tenue de l'entrevue

Remerciement _ rappel 48 heures pour appeler s'ils ne sont pas à l'aise avec un de leurs propos

ANNEXE 20 - Aide-mémoire entrevue – Personnel du GMF

Entrevue auprès du personnel de soutien

Remerciement. Condition de participation et d'enregistrement

Dans les 20 prochaines minutes, il sera question de votre expérience ici au GMF. Il n'y a pas bonne ou de mauvaise réponse. Nous discuterons de trois thèmes

- 1) L'introduction des nouveaux outils pour faire votre travail.
- 2) L'effet d'un nouvel outil pour les infirmières et ses conséquences pour le service d'accueil.
- 3) Votre rôle et les habitudes de votre équipe de travail.

Comment les nouveaux outils pour faire votre travail sont introduits

- Depuis combien de temps travaillez-vous ici ?
- Qu'est-ce qui a changé depuis votre arrivée ici en termes de tâches et d'environnement ?
- Comment les nouveaux outils pour faire votre travail sont introduits?
- Si l'on prend l'exemple, un nouvel outil comme Bonjour Santé
- Quelles sont les personnes avec qui vous discutez de ce changement avant de le mettre en place et après?
- Qui a contribué le plus à ce changement de votre point de vue?

L'effet d'un nouvel outil pour les infirmières et ses conséquences pour le service d'accueil

Parlons d'un autre changement qui concerne les infirmières. L'introduction des OCD du temps des 2 autres inf. Avez-vous entendu parler des OCD? Est-ce que vous avez eu connaissance de ce changement?

Les habitudes de votre équipe de travail

Si vous aviez à engager une nouvelle personne dans le groupe et que vous avez à lui expliquer comment cela fonctionne le groupe qu'est-ce qui serait important de lui expliquer pour qu'elle s'intègre rapidement ? Quelles sont les qualités qu'elle devrait avoir pour faire partie de l'équipe?

Clore avec question sur autre élément à mentionner et sur la tenue de l'entrevue Remerciement
_ rappel 48 heures pour aviser s'ils ne sont pas à l'aise avec un de leurs propos

ANNEXE 21 - Questionnaire pour les membres du GMF-cas

Votre participation est importante pour nous.
Merci de consacrer de votre temps à cette étude concernant
les soins aux personnes diabétiques en 1^{ère} ligne.

- Le médecin responsable de votre groupe de médecine de famille consent à votre participation.
- Votre participation nécessitera 15 minutes au maximum.
- Merci de lire attentivement les consignes.
- N'hésiter pas à joindre la chercheuse pour des clarifications au numéro de téléphone XXXXX ou par courriel à [XXXXXX](#)

IDENTIFICATION DU RÉPONDANT: CODE PRÉ-INSCRIT À LA MAIN À REPRODUIRE PAR LA RÉPONDANTE SUR DOCUMENTS ENVOYÉS DANS L'ENVELOPPE DE RETOUR

Merci de retourner le questionnaire sous enveloppe scellée
dans le cartable identifié à cette fin au poste de

SECTION I Inventaire du climat d'équipe

L'Inventaire du climat d'équipe est un outil conçu pour mesurer différentes dimensions du travail en équipe. Pour les fins de cette étude, le terme « équipe » réfère aux personnes avec qui vous travaillez au GMF.

Participation au sein de l'équipe

Cette partie porte sur le degré de participation au sein de votre équipe.

Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec les énoncés suivants ?

Veillez inscrire un X dans la case qui vous semble la plus appropriée à chaque énoncé.

	Pas du tout d'accord	En désaccord	Ni d'accord Ni en désaccord	En accord	Tout à fait d'accord
4. Notre attitude est que « nous sommes tous dans le même bateau ».	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
5. Les gens s'informent les uns les autres des questions relatives au travail dans l'équipe.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
6. Les gens se sentent compris et acceptés par les autres.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
7. Des efforts réels sont faits pour partager l'information dans toute l'équipe.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
8. Il y a beaucoup de concessions mutuelles.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
9. Nous restons en contact les uns avec les autres au sein de l'équipe.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

Appui aux idées nouvelles

Cette partie porte sur les attitudes à l'égard du changement au sein de votre équipe.

Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec les énoncés suivants ?

Veillez inscrire un X dans la case qui vous semble la plus appropriée à chaque énoncé.

	Pas du tout d'accord	En désaccord	Ni d'accord Ni en désaccord	En accord	Tout à fait d'accord
10. L'équipe est toujours en train de développer de nouvelles solutions aux problèmes qui surviennent.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
11. L'équipe est ouverte et sait réagir au changement	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
12. Les gens de l'équipe sont toujours en train de chercher de nouvelles façons d'envisager les problèmes	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
13. Les membres de l'équipe offrent et partagent des ressources pour aider à appliquer des idées nouvelles	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
14. Les membres de l'équipe offrent un soutien pratique aux idées nouvelles et à leur application.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

Objectifs de l'équipe

Cette partie traite des objectifs de votre équipe.

Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec les énoncés suivants ?

Veillez inscrire un X dans la case qui vous semble la plus appropriée à chaque énoncé.

	Pas du tout	Plus ou moins					Tout à fait
	1	2	3	4	5	6	7
15. Jusqu'à quel point les objectifs de votre équipe sont-ils clairs pour vous?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵	<input type="checkbox"/> ⁶	<input type="checkbox"/> ⁷
16. Jusqu'à quel point êtes-vous d'accord avec ces objectifs?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵	<input type="checkbox"/> ⁶	<input type="checkbox"/> ⁷
17. Jusqu'à quel point croyez-vous que les autres membres de l'équipe sont d'accord avec ces objectifs?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵	<input type="checkbox"/> ⁶	<input type="checkbox"/> ⁷
18. Jusqu'à quel point croyez-vous que les membres de votre équipe sont engagés à atteindre ces objectifs?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵	<input type="checkbox"/> ⁶	<input type="checkbox"/> ⁷

Centration sur la tâche

Cette partie a trait à ce que vous pensez de la façon dont l'équipe surveille et évalue le travail qu'elle accomplit.

Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec les énoncés suivants ?

Veillez inscrire un X dans la case qui vous semble la plus appropriée à chaque énoncé.

	Dans une très petite mesure	Dans une certaine mesure					Dans une très grande mesure
	1	2	3	4	5	6	7
19. Les membres de votre équipe offrent-ils des idées utiles et une aide pratique pour vous permettre de faire le travail le mieux que vous le pouvez?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵	<input type="checkbox"/> ⁶	<input type="checkbox"/> ⁷
20. Les membres de l'équipe sont-ils prêts à remettre en question le fondement de l'activité de l'équipe?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵	<input type="checkbox"/> ⁶	<input type="checkbox"/> ⁷
21. L'équipe évalue-t-elle de façon critique les faiblesses potentielles de ce qu'elle fait afin d'obtenir les meilleurs résultats possibles?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵	<input type="checkbox"/> ⁶	<input type="checkbox"/> ⁷
22. Les membres de l'équipe s'inspirent-ils des idées les uns des autres afin d'obtenir les meilleurs résultats possibles?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵	<input type="checkbox"/> ⁶	<input type="checkbox"/> ⁷

SECTION II Questionnaire sur la collaboration au sein de l'équipe (McIntyre, M.G. 1998.)

Veillez cocher le chiffre correspondant à votre avis en pensant au fonctionnement de l'équipe du GMF X. Votre avis restera anonyme.

4 = accord

1= désaccord

Items	Scores			
	4	3	2	1
23. Les personnes de cette équipe discutent ouvertement de leurs divergences	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ¹
24. Les personnes de cette équipe se font confiance mutuellement	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ¹
25. Les personnes de cette équipe ont du respect pour les habiletés/ compétence des autres	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ¹
26. Les personnes de cette équipe sont honnêtes	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ¹
27. Les personnes de cette équipe s'apprécient les uns les autres	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ¹
28. Les personnes de cette équipe entrevoient les choses de la même manière	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ¹
29. Les personnes de cette équipe se traitent respectueusement	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ¹
20. Les personnes de cette équipe peuvent être en désaccord sans se fâcher	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ¹

SECTION III Caractéristiques du GMF : ressources humaines

31. Dans quelle mesure, jugez-vous que l'ensemble des changements au sein des ressources humaines du GMF (congrés prolongés, départs définitifs, ouverture et fermetures de poste) ont perturbé le bon fonctionnement du GMF? Cocher le chiffre correspondant à votre avis.

aucunement

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 énormément

32. Dans quelle mesure, jugez-vous que l'ensemble des changements au sein des ressources humaines du GMF (congrés prolongés, départs définitifs, ouverture et fermeture de poste) ont limité les efforts d'amélioration du fonctionnement du GMF? Cocher le chiffre correspondant à votre avis.

aucunement

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 énormément

SECTION IV Profil du répondant

33. Si vous êtes médecin au GMF, y travaillez-vous :

- ☐¹ moins de 10 heures par semaine : _____
- ☐² entre 10 et 25 heures par semaine : _____
- ☐³ plus de 25 heures par semaine : _____
- ☐⁹⁹ Impossible de répondre car mes présences sont très changeantes

34. Je travaille à ce GMF depuis son ouverture à la clientèle :

- ☐¹ Non
- ☐² Oui

35. Date de votre entrée en fonction au GMF : _____année _____mois

36. Avez-vous travaillé au sein de d'un ou d'autres GMF:

- ☐¹ Non
- ☐² Oui → ☐⁴¹ Pendant combien de temps au total ? _____année _____mois

Merci de retourner le questionnaire sous enveloppe scellée par courrier interne

Vos COMMENTAIRES sont grandement appréciés

ANNEXE 22 - Guide d'entrevue auprès des patients diabétiques impliqués dans le suivi conjoint

1 ^{ère} partie	Objectif: Cibler l'expérience de soin des patients lors du suivi conjoint.
	Question générale : Comment se passe votre suivi pour le diabète depuis votre diagnostic initial et spécifiquement au GMF X ?
	Contenus anticipés: Trajectoire de soin préalable, satisfaction générale, contexte, acteurs, fréquence des rencontres, contenu des rencontres
	Questions spécifiques : Dans votre suivi, est-ce que l'infirmière est en mesure de faire du dépistage, des prélèvements sanguins pour des bilans de santé ou modifier vos doses de médicaments sans consulter le médecin à chaque fois? Qu'est-ce que cela change pour vous que l'infirmière soit habilitée à faire cela ? Avez-vous eu des préoccupations ou vécu des inconvénients associés à cette façon de faire ?
	Contenus anticipés: Appréciation globale, retombées positives et négatives, préoccupations initiales et actuelles, aspects pratiques, incidents critiques perception du rôle des professionnels.
	Question spécifique : Pouvez-vous me décrire une situation marquante qui s'est déroulée avec les professionnels de la santé en lien avec votre suivi diabétique?
	Contenus anticipés 2 : Événement significatif pour le patient, besoins, rôles des différents professionnels et la collaboration entre les partenaires, éléments d'in/satisfaction.
	Questions spécifiques : Selon votre expérience au GMF X, avez-vous l'impression que les informations que vous partagez avec un membre de l'équipe sont prises en compte par ses collègues ? Avez-vous des exemples de situations où vous vous êtes senti entouré par une équipe plutôt que par un professionnel travaillant à la suite l'un de l'autre ?
	Contenus anticipés : Événement significatif pour le patient, rôles des différents professionnels et la collaboration entre les partenaires
2 ^e partie	Objectif: Cibler les éléments de l'autogestion qui sont mobilisés.
	Question 1: À votre avis, comment les professionnels du GMF X vous aident à mieux connaître votre maladie et à mieux gérer votre santé au quotidien?
	Contenus anticipés : Accès, commodité du service en suivi conjoint, enseignement, tests, ajustements de traitements, références, moyens qui suscitent la mobilisation et la prise de décision, effets sur les habilités d'autogestion.

ANNEXE 23 - CCER 10-11-12 Approbation finale



Montréal, le 9 mars 2011

Madame Caroline Bois
Faculté de médecine et des sciences de la santé
Campus de Longueuil
150 place Charles LeMoine, bureau 200
Longueuil, Québec
J4K 0A8

Objet : CCER 10-11 – 12 - Approbation finale.

Les ordonnances collectives comme outil de collaboration professionnelle pour améliorer les soins offerts aux personnes diabétiques au sein des groupes de médecine familiale.

Madame Bois

Le Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux a évalué votre projet de recherche à sa réunion du 3 mars 2011. Lors de cette réunion, les documents suivants ont été examinés :

- Lettre d'introduction de Madame Caroline Bois, datée du 30 janvier 2011.
- Lettre de Madame Cécile Michaud, datée du 8 février 2011.
- Formulaire de demande de soumission d'un projet de recherche dûment complété signé et daté.
- Protocole de la recherche, incluant les 9 annexes.
- Formulaire d'information et de consentement, non daté.
- Programmes de sciences cliniques – Examen général – Épreuve orale.
- Budget du projet de recherche.
- Curriculum vitæ de Madame Caroline Bois.
- Curriculum vitæ de Madame Cécile Michaud.
- Curriculum vitæ du Docteur Maryse Guay.

Suite à cette réunion, une approbation conditionnelle vous a été émise en date du 3 mars 2011. En réponse, vous nous avez soumis en date du 9 mars 2011, les documents suivants :

- Formulaire d'information et de consentement, daté du 8 mars 2011.
- Annexe1 Modalité de sensibilisation à l'étude, recrutement et rappel, version révisée le 8 mars 2011.
- Lettre d'invitation au médecin responsable du GMF, version révisée le 8 mars 2011.
- Lettre d'invitation à l'infirmière responsable du suivi de la clientèle diabétique, version révisée le 8 mars 2011.
- Questionnaire, version révisée le 8 mars 2011.

Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux

Vos réponses et les modifications apportées à votre projet de recherche ont fait l'objet d'une évaluation accélérée. Le tout ayant été jugé satisfaisant, j'ai le plaisir de vous informer que votre projet de recherche a été approuvé à l'unanimité par le Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux.

Les documents que le Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux a approuvés et que vous pouvez utiliser pour la réalisation de votre projet sont les suivants :

- Protocole de la recherche, incluant les 9 annexes.
- Formulaire d'information et de consentement, daté du 9 mars 2011.

Cette approbation éthique est valide pour un an à compter du 9 mars 2011, date de l'approbation initiale. Deux mois avant la date d'échéance vous devrez faire une demande de renouvellement auprès du Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux, en utilisant le document du Comité prévu à cet effet accompagné du formulaire d'information et de consentement que vous utilisez.

Dans le cadre du suivi continu, le Comité vous demande de vous conformer aux exigences suivantes en utilisant les formulaires du Comité prévus à cet effet :

- De soumettre, pour approbation préalable au Comité, toute demande de modification au projet de recherche ou à tout document approuvé par le Comité pour la réalisation de votre projet.
- De soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, tout nouveau renseignement sur des éléments susceptibles d'affecter l'intégrité ou l'éthicité du projet de recherche ou d'accroître les risques et les inconvénients des sujets, de nuire au bon déroulement du projet ou d'avoir une incidence sur le désir d'un sujet de recherche.
- De soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, toute modification constatée au chapitre de l'équilibre clinique à la lumière des données recueillies.
- De soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, la cessation prématurée du projet de recherche, qu'elle soit temporaire ou permanente.
- De soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, tout problème identifié par un tiers, lors d'une enquête, d'une surveillance ou d'une vérification interne ou externe.
- De soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, toute suspension ou annulation de l'approbation octroyée par un organisme de subvention ou de réglementation.
- De soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, toute procédure en cours de traitement d'une plainte ou d'une allégation de manquement à l'intégrité ou à l'éthique ainsi que des résultats de la procédure.

Vous pouvez obtenir les formulaires du Comité téléchargeables à partir du site web à l'adresse suivante : <http://ethique.msss.gouv.qc.ca/site/ccer.phtml>

De plus, nous vous rappelons que vous devez conserver pour une période d'au moins un an suivant la fin du projet, un répertoire distinct comprenant les noms, prénoms, coordonnées, date du début et de fin de la participation de chaque sujet de recherche.

Finalement, je vous rappelle que la présente décision vaut pour une année et peut être suspendue ou

Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux

révoquée en cas de non-respect de ces exigences.

Le Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux est institué par le ministre de la Santé et des Services sociaux pour les fins de l'application de l'article 21 du Code civil du Québec et suit les règles émises par l'Énoncé de politique des trois conseils et les Bonnes pratiques cliniques de la CIH.

Avec l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Président, Comité central d'éthique de la recherche
du ministre de la Santé et des Services sociaux

ANNEXE 24 - Demande d'évaluation du projet MP-ASSS-MTL-11-005

Décision finale positive



Le 7 juillet 2011

Dr Raynald Pineault
 Direction de santé publique de Montréal
 Service préventif en milieu clinique
 1301, rue Sherbrooke Est
 Montréal (Québec) H2L 1M3

Objet : **Demande d'évaluation du projet MP-ASSS-MTL-11-005 : «Les ordonnances collectives comme outil de collaboration professionnelle pour améliorer les soins offerts aux personnes diabétiques au sein des groupes de médecine de famille» - DÉCISION FINALE POSITIVE**

Docteur Pineault,

Il me fait plaisir de vous informer que la décision préliminaire prise le 23 juin 2011 par notre CÉR, qui agit à titre d'instance principale dans le présent dossier, a été endossée par une partie des CÉR locaux et des établissements en cause.

Le projet en titre est donc définitivement approuvé pour les établissements suivants :

- CSSS du Nord de Lanaudière (CÉR)
- CSSS de Matane
- CSSS Jeanne-Mance (CÉR)
- CSSS Pierre-Boucher
- CSSS de Vaudreuil-Soulanges

Par ailleurs, vous voudrez bien noter que les établissements suivants n'ont pas endossé notre décision, pour des raisons relevant de la convenance institutionnelle :

- CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable
- CSSS du Haut-Saint-Maurice
- CSSS de Laval (CÉR)

D'autre part, veuillez noter que les établissements suivants réservent encore leur décision :

- CSSS Alphonse-Desjardins (CHAU Hôtel-Dieu de Lévis) (CÉR)
- CSSS de Rouyn-Noranda
- CSSS de Rivière-du-Loup (CÉR)
- CSSS de Témiscouata
- CSSS de la Mitis
- CSSS des Basques
- CSSS de Chicoutimi (CÉR)
- CSSS de Jonquière (CÉR du CESS de Chicoutimi)
- CSSS de Maria-Chapdelaine
- CSSS de la Vieille-Capitale (CÉR)
- CSSS de Portneuf (CÉR du CESS de la Vieille-Capitale)
- CSSS Québec-Nord (CÉR du CESS de la Vieille-Capitale)
- CSSS de Charlevoix

GARDER
notre monde
EN SANTÉ

1301, rue Sherbrooke Est
 Montréal (Québec) H2L 1M3
 Téléphone : 514 528-2400
 www.santepub-mtl.gc.ca

- CSSS de Maskinongé
- CSSS de Trois-Rivières (CÉR du Centre hospitalier régional de Trois-Rivières)
- CSSS de Bécancour
- CSSS de l'Estrie (CLSC de Sherbrooke - MRC d'Asbestos - MRC de Coaticook - MRC du Granit - MRC du Haut St-François - MRC du Val St-François - MRC de Memphrémagog) (CÉR)
- CSSS de la Montagne (CÉR)
- CSSS Cavendish (CÉR)
- CSSS Sud-Ouest-Verdun (CÉR)
- CSSS de Bordes-Cartierville-Saint-Laurent (CÉR de l'Agence de Montréal)
- CSSS de Gatineau (CÉR)
- CSSS de Pontiac
- CSSS des Collines
- CSSS des Aurores-Boréales
- CSSS du Témiscamingue (fusion des CSSS du Lac-Témiscamingue et du CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa)
- CSSS de la Minganie
- CSSS de Port-Cartier
- CSSS des Île-de-la-Madeleine
- CSSS de la Haute-Gaspésie
- CSSS de La Côte-de-Gaspé
- CSSS des Etchemins
- CSSS d'Antoine-Labelle
- CSSS de la Pommeraie
- CSSS Richelieu-Yamaska (CÉR)
- CSSS Haut-Richelieu Rouville (CÉR)
- CSSS Champlain (CÉR de l'Hôpital Charles-LeMoine)

Je tiens à vous rappeler que la décision préliminaire qui est confirmée par la présente avait été rendue alors que le quorum était atteint.

Cette approbation suppose que vous vous engagez :

- 2) à respecter la décision du CÉR principal ;
- 3) à rendre compte, au CÉR principal et aux établissements en cause, du déroulement du projet, des actes des chercheurs locaux et de l'équipe de recherche ainsi que du respect des normes de l'éthique s'appliquant au projet ;
- 4) à respecter les moyens relatifs au suivi continu et à utiliser les formulaires préparés à cette fin ;
- 5) à conserver les dossiers de recherche pendant au moins deux ans après la fin du projet afin de permettre leur éventuelle vérification par une instance déléguée par le comité ;
- 6) à respecter les modalités arrêtées au regard du mécanisme d'identification des sujets de recherche de chacun des établissements en cause, à savoir la tenue à jour et la conservation de la liste à jour des sujets de recherche recrutés, ventilés par établissement, pour les établissements suivants qui pourront l'obtenir sur demande :

- CSSS du Nord de Lanaudière

- CSSS de Matane
- CSSS Jeanne-Mance
- CSSS Pierre-Boucher
- CSSS de Vaudreuil-Soulanges

La présente décision vaut pour une année à compter du 7 juillet 2011 et peut être suspendue ou révoquée en cas de non-respect de ces conditions.

En terminant, je vous demanderais de bien vouloir mentionner, dans votre correspondance; le numéro attribué à votre demande par notre institution.

Veuillez recevoir, Docteur Pineault, nos salutations distinguées.

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

EP/fm

p. j. Lettres de chacun des établissements ayant communiqué sa décision au CÉR de l'Agence

c.c. Madame Caroline Bois, co-chercheuse et coordonnatrice du projet de recherche

CÉR locaux et établissements en cause où il n'y a pas de CÉR

CSSS de Rivière-du-Loup (CÉR)
 CSSS de Matane
 CSSS de Témiscouata
 CSSS de la Mitis
 CSSS des Basques
 CSSS de Chicoutimi (CÉR)
 CSSS de Jonquière (CÉR du CSSS de Chicoutimi)
 CSSS de Maria-Chapdelaine
 CSSS de la Vieille-Capitale (CÉR)
 CSSS de Portneuf (CÉR du CSSS de la Vieille-Capitale)
 CSSS Québec-Nord (CÉR du CSSS de la Vieille-Capitale)
 CSSS de Charlevoix
 CSSS d'Arthabaska-Érable
 CSSS de Maskinongé
 CSSS du Haut Saint-Maurice
 CSSS de Trois-Rivières (CÉR du Centre hospitalier régional de Trois-Rivières)
 CSSS de Bécancour
 CSSS de l'Estrie (CLSC de Sherbrooke - MRC d'Asbestos - MRC de Coaticook - MRC du Granit - MRC du Haut St-François - MRC du Val St-François - MRC de Memphrémagog)
 (CÉR)

CSSS de la Montagne (CÉR)
 CSSS Jeanne-Mance (CÉR)
 CSSS Cavendish (CÉR)
 CSSS Sud-Ouest-Verdun (CÉR)
 CSSS de Bordeaux-Cardierville-Saint-Laurent (CÉR de l'Agence de Montréal)
 CSSS de Gatineau (CÉR)
 CSSS de Pontiac
 CSSS des Collines
 CSSS des Auroras-Boréales
 CSSS du Témiscamingue
 CSSS de Rouyn-Noranda
 CSSS de la Minganie
 CSSS de Port-Cartier
 CSSS des Île-de-la-Madeleine
 CSSS de la Haute-Gaspésie
 CSSS de La Côte-de-Gaspé
 CSSS Alphonse-Desjardins (CÉR de l'Hôpital de Lévis)
 CSSS des Etchemins
 CSSS de Laval (CÉR)
 CSSS du Nord de Lanaudière (CÉR)
 CSSS d'Antoine-Labelle
 CSSS de la Péninsule
 CSSS Richelieu-Yamaska (CÉR)
 CSSS Haut-Richelieu Rouville (CÉR)
 CSSS Vaudreuil-Soulanges
 CSSS Champlain (CÉR de l'Hôpital Charles-LeMoine)
 CSSS Pierre-Boucher

ANNEXE 25 - Demande d'évaluation du projet MP-ASSS-MTL11-005 Décision finale positive 6^e mise à jour



Le 10 janvier 2012

Dr Raynald Pineault
Direction de santé publique de Montréal
Service préventif en milieu clinique
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3

Objet : **Demande d'évaluation du projet MP-ASSS-MTL-11-005** : «Les ordonnances collectives comme outil de collaboration professionnelle pour améliorer les soins offerts aux personnes diabétiques au sein des groupes de médecine de famille» - **DÉCISION FINALE POSITIVE – 6^e MISE À JOUR**

Docteur Pineault,

Il me fait plaisir de vous informer que la décision préliminaire prise le 23 juin 2011 par notre CÉR, qui agit à titre d'instance principale dans le présent dossier, a été endossée par une partie des CÉR locaux et des établissements en cause.

Le projet en titre est donc définitivement approuvé pour les établissements suivants :

- CSSS du Nord de Lanaudière (CÉR)
- CSSS de Matane
- CSSS Jeanne-Mance (CÉR)
- CSSS Pierre-Boucher
- CSSS de Vaudreuil-Soulanges
- CSSS de la Mitis
- CSSS de l'Estrie (CÉR des CSSS de l'Estrie et CÉR du CSSS-IUGS)
- CSSS de Bordeaux-Cartierville - Saint-Laurent (CÉR de l'Agence de Montréal)
- Hôpital Charles-LeMoine (CÉR)
- CSSS Richelieu-Yamaska (CÉR)
- CSSS de Québec-Nord (CÉR du CSSS de la Vieille-Capitale)
- CSSS de la Vieille-Capitale (CÉR)
- CSSS de Trois-Rivières, volet CHRTR (CÉR)
- CSSS de Chicoutimi (CÉR)
- CSSS des Aurores-Boréales
- CSSS Alphonse-Desjardins (CHAU Hôtel-Dieu de Lévis) (CÉR)
- CSSS de Portneuf (CÉR du CSSS de la Vieille-Capitale)
- CSSS de Charlevoix
- CSSS du Haut-Richelieu - Rouville (CÉR)
- CSSS de la Minganie
- CSSS de Gatineau (CÉR)
- CSSS de Maskinongé
- CSSS de Témiscouata
- CSSS d'Antoine-Labelle
- **CSSS de Rouyn-Noranda**

Par ailleurs, vous voudrez bien noter que les établissements suivants n'ont pas endossé notre décision, pour des raisons relevant de la convenance institutionnelle :

GARDER
notre monde
EN SANTÉ

1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
Téléphone : 514 528-2400
www.santepub-mtl.qc.ca

- CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable
- CSSS du Haut-Saint-Maurice
- CSSS de Laval (CÉR)
- CSSS de la Montagne
- CSSS de Rivière-du-Loup (CÉR)

D'autre part, veuillez noter que les établissements suivants n'ont pas fait part de leur décision dans les délais impartis :

- CSSS des Basques
- CSSS de Maria-Chapdelaine
- CSSS de Bécancour
- CSSS Cavendish (CÉR)
- CSSS du Sud-Ouest-Verdun (CÉR) (correction)
- CSSS de Pontiac
- CSSS des Collines
- CSSS du Témiscamingue
- CSSS de Port-Cartier
- CSSS des Île-de-la-Madeleine
- CSSS de la Haute-Gaspésie
- CSSS de la Côte-de-Gaspé
- CSSS des Etchemins
- CSSS de la Pommeraie

Je tiens à vous rappeler que la décision préliminaire qui est confirmée par la présente avait été rendue alors que le quorum était atteint.

Cette approbation suppose que vous respectiez les dispositions particulières propres à l'établissement suivant :

- Hôpital Charles LeMoine (CÉR)
Ajouter la mention suivante au formulaire d'information et de consentement :
« De plus, si vous avez des plaintes en tant que participant(e) à l'étude et désirez communiquer avec une tierce personne impartiale, vous pouvez communiquer avec le Commissaire aux plaintes et à la qualité des services de l'Hôpital Charles LeMoine : 450-466-5434. »
- CSSS Rouyn-Noranda (CÉR)
Ajouter les éléments suivants au formulaire d'information et de consentement :
 - Le logo du CSSS Rouyn-Noranda
 - Le nom et les coordonnées de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services (Madame Sylvie Turgeon, au 819-797-0921 poste 229) dans la liste jointe en annexe du formulaire d'information et de consentement.

Cette approbation suppose également que vous vous engagiez :

- ❖ à respecter la décision du CÉR principal ;
- ❖ à rendre compte, au CÉR principal et aux établissements en cause, du déroulement du projet, des actes des chercheurs locaux et de l'équipe de recherche ainsi que du respect des normes de l'éthique s'appliquant au projet ;
- ❖ à respecter les moyens relatifs au suivi continu et à utiliser les formulaires préparés à cette fin ;
- ❖ à conserver les dossiers de recherche pendant au moins deux ans après la fin du projet afin de permettre leur éventuelle vérification par une instance déléguée par le comité ;
- ❖ à respecter les modalités arrêtées au regard du mécanisme d'identification des sujets de recherche de chacun des établissements en cause, à savoir :

- la tenue à jour et la conservation de la liste à jour des sujets de recherche recrutés, ventilés par établissement, pour les établissements suivants qui pourront l'obtenir sur demande :

- CSSS du Nord de Lanaudière
- CSSS de Matane
- CSSS Jeanne-Mance
- CSSS Pierre-Boucher
- CSSS de Vaudreuil-Soulanges
- CSSS de la Mitis
- CSSS de l'Estrie
- CSSS de Bordeaux-Cartierville - Saint-Laurent
- Hôpital Charles-LeMoyne
- CSSS Richelieu-Yamaska
- CSSS de Québec-Nord
- CSSS de la Vieille-Capitale
- CSSS de Trois-Rivières, volet CHRTR
- CSSS de Chicoutimi
- CSSS des Aurores-Boréales
- CSSS Alphonse-Desjardins
- CSSS de Portneuf
- CSSS de Charlevoix
- CSSS du Haut-Richelieu - Rouville
- CSSS de la Minganie
- CSSS de Gatineau
- CSSS de Maskinongé
- CSSS d'Antoine-Labelle
- **CSSS de Rouyn-Noranda**

- Et la transmission de la liste des sujets de recherche recrutés dans un établissement, aux fins du répertoire centralisé de l'Hôpital Charles-LeMoyne

La présente décision vaut pour une année à compter du 7 juillet 2011 et peut être suspendue ou révoquée en cas de non-respect de ces conditions.

En terminant, je vous demanderais de bien vouloir mentionner, dans votre correspondance, le numéro attribué à votre demande par notre institution.

Veuillez recevoir, Docteur Pineault, nos salutations distinguées.

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

p. j. Lettre de l'établissement concerné par la mise à jour

c.c. Madame Caroline Bois, co-chercheuse et coordonnatrice du projet de recherche
Établissement en cause concerné par la dernière mise à jour :

- CSSS de Rouyn-Noranda

ANNEXE 26 - CCER 10-11-12 Approbation de la demande de modification



Montréal, le 11 septembre 2012

Madame Caroline Bois
Faculté de médecine et des sciences de la santé
Campus de Longueuil
150 place Charles LeMoyne, bureau 200
Longueuil, Québec
J4K 0A8

Objet : CCER 10-11 – 12 - Approbation de la demande de modification.

Les ordonnances collectives comme outil de collaboration professionnelle pour améliorer les soins offerts aux personnes diabétiques au sein des groupes de médecine familiale.

Madame Bois

Vous avez soumis au Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux, par courriel, le 5 juillet 2012 une demande de modification à votre projet de recherche cité en rubrique. À cet effet, vous avez soumis au Comité les documents suivants :

- Formulaire de demande d'approbation de modification dûment complété.
- Volet II du protocole de recherche intitulé : Les ordonnances collectives comme outil de collaboration professionnelle pour améliorer les soins offerts aux personnes diabétiques au sein des groupes de médecine familiale incluant les annexes.
- Formulaire d'information et de consentement – professionnel, employé et informateur-clé, daté du 5 juillet 2012.
- Formulaire d'information et de consentement – patient, daté du 5 juillet 2012.

Plus spécifiquement, cette demande de modification consiste en l'approbation du volet II de votre projet de recherche que nous avons approuvé en date du 9 mars 2011.

Votre demande de modification a fait l'objet d'une évaluation. Comme vous le savez, lors de cette évaluation, nous avons apporté des modifications aux formulaires d'information et de consentement que vous nous avez soumis et nous avons également communiqué avec l

J'ai le plaisir de vous informer que votre demande a été approuvée par le Comité. Ce faisant, le Comité vous autorise à utiliser pour la réalisation de votre projet les documents suivants :

- Protocole de recherche intitulé : Les ordonnances collectives comme outil de collaboration professionnelle pour améliorer les soins offerts aux personnes diabétiques au sein des groupes de médecine familiale (Volet II) incluant les annexes.
- Formulaire d'information et de consentement – professionnel, employé et informateur-clé, daté du 11 septembre 2012.

Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux

Demande de modification
CCER 10-11 - 12

- Formulaire d'information et de consentement – patient, daté du 11 septembre 2012.

Avec l'expression de nos sentiments les meilleurs.

ANNEXE 27 - Renouvellement d'une approbation de projet par le comité d'éthique de la recherche de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal



RENOUVELLEMENT D'UNE APPROBATION DE PROJET PAR LE COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL

Projet n°	228 – MP-ASSS-MTL-11-005
Titre	<i>Les ordonnances collectives comme outil de collaboration professionnelle pour améliorer les soins offerts aux personnes diabétiques au sein des groupes de médecine de famille – Volet 1</i>
Chercheur principal	Dr Raynald Pineault
Date d'approbation initiale	7 juillet 2011
Documents examinés dans le cadre du suivi continu	<ul style="list-style-type: none"> • Formulaire de demande de renouvellement annuel de l'approbation d'un projet multicentrique par un CÉR, daté du 3 octobre 2012 • Affiche scientifique intitulée « Les ordonnances collectives en GMF pour les services offerts aux personnes diabétiques : Résultats préliminaires d'une enquête provinciale », incluant une liste de références, reçue le 5 novembre 2012
Établissements en cause	CSSS du Nord de Lanaudière (CÉR) CSSS de Matane CSSS Jeanne-Mance (CÉR) CSSS Pierre-Boucher CSSS de Vaudreuil-Soulanges CSSS de la Mitis CSSS de l'Estrie (CÉR des CSSS de l'Estrie et CÉR du CSSS-IUGS) CSSS de Bordeaux-Cartierville - Saint-Laurent (CÉR de l'Agence de Montréal) Hôpital Charles-LeMoine (CÉR) CSSS Richelieu-Yamaska (CÉR) CSSS de Québec-Nord (CÉR du CSSS de la Vieille-Capitale) CSSS de la Vieille-Capitale (CÉR) CSSS de Trois-Rivières, volet CHRTR (CÉR) CSSS de Chicoutimi (CÉR) CSSS des Aurores-Boréales CSSS Alphonse-Desjardins (CHAU Hôtel-Dieu de Lévis) (CÉR) CSSS de Portneuf (CÉR du CSSS de la Vieille-Capitale) CSSS de Charlevoix CSSS du Haut-Richelieu - Rouville (CÉR) CSSS de la Minganie CSSS de Gatineau (CÉR) CSSS de Maskinongé CSSS de Témiscouata CSSS d'Antoine-Labelle CSSS de Rouyn-Noranda

Le Comité d'éthique de la recherche de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (CÉR) agit en tant qu'instance principale dans le cadre du mécanisme encadrant l'évaluation éthique et le suivi du projet multicentrique en titre.

Après examen des documents précités, le CÉR décide de renouveler l'approbation éthique du projet, pour une période d'un an à compter du **7 juillet 2012**.

Pour que le certificat soit valide, il est entendu que les chercheurs s'engagent:

- 1) à respecter la décision du CÉR principal ;
- 2) à déclarer tout incident et rendre compte, au CÉR principal et aux établissements en cause, du déroulement du projet, des actes des chercheurs locaux et de l'équipe de recherche ainsi que du respect des normes de l'éthique s'appliquant au projet ;
- 3) à respecter les moyens relatifs au suivi continu et à utiliser les formulaires préparés à cette fin ;
- 4) à conserver les dossiers de recherche pendant au moins deux ans après la fin du projet afin de permettre leur éventuelle vérification par une instance déléguée par le comité ;
- 5) à respecter les modalités arrêtées au regard du mécanisme d'identification¹ des sujets de recherche de chacun des établissements en cause, à savoir :
 - La tenue à jour et la conservation de la liste à jour des sujets de recherche recrutés, ventilés par établissement, pour les établissements suivants qui pourront l'obtenir sur demande :
 - CSSS du Nord de Lanaudière
 - CSSS de Matane
 - CSSS Jeanne-Mance
 - CSSS Pierre-Boucher
 - CSSS de Vaudreuil-Soulanges
 - CSSS de la Mitis
 - CSSS de l'Estrie
 - CSSS de Bordeaux-Cartierville - Saint-Laurent
 - Hôpital Charles-LeMoyne
 - CSSS Richelieu-Yamaska
 - CSSS de Québec-Nord
 - CSSS de la Vieille-Capitale
 - CSSS de Trois-Rivières, volet CHRTR
 - CSSS de Chicoutimi
 - CSSS des Aurores-Boréales
 - CSSS Alphonse-Desjardins
 - CSSS de Portneuf
 - CSSS de Charlevoix
 - CSSS du Haut-Richelieu - Rouville
 - CSSS de la Minganie
 - CSSS de Gatineau
 - CSSS de Maskinongé
 - CSSS de Témiscouata
 - CSSS d'Antoine-Labelle
 - CSSS de Rouyn-Noranda
 - Et la transmission de la liste des sujets de recherche recrutés dans un établissement, aux fins du répertoire centralisé de l'Hôpital Charles-LeMoyne.

En acceptant le présent certificat, les chercheurs acceptent toutes les conditions qu'il comporte.

8 novembre 2012

c.c. Les 25 établissements concernés

¹ Selon la mesure 9 du *Plan d'action ministériel en éthique de la recherche et en intégrité scientifique*, Québec, 1998
2/2

ANNEXE 28 - CCER 10-11-12 Renouvellement 2012-2013



Montréal, le 5 mars 2013

Madame Caroline Bois
Faculté de médecine et des sciences de la santé
Campus de Longueuil
150 place Charles LeMoyne, bureau 200
Longueuil, Québec
J4K 0A8

Objet : CCER 10-11 – 12 – Renouvellement 2012-2013.

Les ordonnances collectives comme outil de collaboration professionnelle pour améliorer les soins offerts aux personnes diabétiques au sein des groupes de médecine familiale.

Madame Bois

Vous avez soumis au Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux, par courriel, le 4 mars 2013, une demande de renouvellement pour votre projet cité en rubrique.

J'ai le plaisir de vous informer que votre demande de renouvellement a été approuvée par le Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux.

Ainsi, vous pouvez poursuivre votre étude pour un an, et ce, à compter du 9 mars 2013. Deux mois avant la date d'échéance vous devrez faire une demande de renouvellement auprès du Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux, en utilisant le document du Comité prévu à cet effet, accompagné du formulaire d'information et de consentement que vous utilisez.

Nous vous rappelons que dans le cadre de son suivi continu, le Comité vous demande de vous conformer aux exigences suivantes en utilisant les formulaires du Comité prévus à cet effet :

- De soumettre, pour approbation préalable au Comité, toute demande de modification au projet de recherche ou à tout document approuvé par le Comité pour la réalisation de votre projet.
- De soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, tout nouveau renseignement sur des éléments susceptibles d'affecter l'intégrité ou l'éthicité du projet de recherche ou d'accroître les risques et les inconvénients des sujets, de nuire au bon déroulement du projet ou d'avoir une incidence sur le désir d'un sujet de recherche.
- De soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, toute modification constatée au chapitre de l'équilibre clinique à la lumière des données recueillies.
- De soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, la cessation prématurée du projet de recherche, qu'elle soit temporaire ou permanente.

Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux
500, rue Sherbrooke Ouest, bureau 800
Montréal (Québec) H3A 3C6
Tél. : (514) 873-2114
Fax : (514) 873-8768
Courriel (Johane de Champlain) : jdechamplain@frsq.gouv.qc.ca
Site du Comité : <http://ethique.msss.gouv.qc.ca/site/ccer/phi.htm>

- De soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, tout problème identifié par un tiers, lors d'une enquête, d'une surveillance ou d'une vérification interne ou externe.
- De soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, toute suspension ou annulation de l'approbation octroyée par un organisme de subvention ou de réglementation.
- De soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, toute procédure en cours de traitement d'une plainte ou d'une allégation de manquement à l'intégrité ou à l'éthique ainsi que des résultats de la procédure.

Vous pouvez obtenir les formulaires du Comité téléchargeables à partir du site web à l'adresse suivante : <http://ethique.msss.gouv.qc.ca/site/ccer.phtml>

De plus, nous vous rappelons que vous devez conserver pour une période d'au moins un an suivant la fin du projet, un répertoire distinct comprenant les noms, prénoms, coordonnées, date du début et de fin de la participation de chaque sujet de recherche.

Finalement, je vous rappelle que la présente décision vaut pour une année et peut être suspendue ou révoquée en cas de non-respect de ces exigences.

Le Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux est institué par le ministre de la Santé et des Services sociaux pour les fins de l'application de l'article 21 du Code civil du Québec et suit les règles émises par l'Énoncé de politique des trois conseils et les Bonnes pratiques cliniques de la CIH.

Avec l'expression de nos sentiments les meilleurs.

ANNEXE 29 - Formulaire d'information et de consentement Patient participant à un suivi pour le diabète

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT PATIENT PARTICIPANT À UN SUIVI POUR LE DIABÈTE

Titre du projet : Les ordonnances collectives comme outil de collaboration professionnelle pour améliorer les soins offerts aux personnes diabétiques au sein des groupes de médecine familiale (GMF)

Chercheurs responsables : Cécile Michaud Ph.D.
Dre Maryse Guay
Dr Raynald Pineault

Co-chercheure : Caroline Bois MPs
Candidate au doctorat en sciences cliniques

Préambule

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche en tant que patient d'un GMF exemplaire dans le suivi du diabète. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Nature et objectifs du projet de recherche

Ce projet de recherche est une étude de cas d'un groupe de médecine familiale (GMF) exemplaire pour décrire l'implantation des ordonnances collectives pour le dépistage et le traitement du diabète et les conséquences pour les patients diabétiques.

Cette étude tente de cerner le processus d'implantation des ordonnances collectives, des changements de pratique professionnelles auxquels elles sont associées et des effets sur l'autogestion des patients diabétiques. Elle tente de mieux décrire leur implantation au sein d'un GMF utilisateur du point de vue des gestionnaires, des professionnels, des employés et des patients. Elle tiendra compte du contexte de collaboration interprofessionnelle et inter-établissements du GMF.

Déroulement du projet de recherche

Plusieurs activités de collecte de données se dérouleront au sein du groupe de médecine familiale qui vous offre des services de santé. Le point de vue des patients diabétiques est important pour bien décrire le GMF et ses activités.

À titre de patient vous serez invité à participer deux entrevues individuelles de 75 minutes maximum chacune au moment et au lieu de votre convenance. Les professionnels du GMF directement impliqués dans votre suivi au cours des derniers 18 mois participeront aussi une entrevue pour décrire le suivi offert selon leur point de vue respectif.

Inconvénients associés au projet de recherche

Parallèlement, aucun risque prévisible de participation au projet de recherche n'est envisagé. Il est possible que le temps requis pour répondre pour participer aux entrevues soit considéré comme un inconvénient. Il est possible que vous soyez mal à l'aise de préciser vos perceptions concernant les

Formulaire d'information et de consentement approuvé le 9 mars 2011 par le Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux.

caractéristiques de votre GMF ou que vous vous inquiétiez concernant la préservation de la confidentialité des renseignements obtenus.

Des mesures seront prises pour gérer les risques ou diminuer les effets négatifs de la recherche. La chercheuse sera à l'écoute de vos besoins et répondra à toutes vos questions. Vous pourrez censurer vos propos soit pendant ou après (jusqu'à 48 heures) l'enregistrement audio des entrevues. L'utilisation d'un code de référence ne permettra pas d'identifier les individus répondants. Dans aucun temps, l'équipe de soin n'aura pas accès au contenu des entrevues individuelles des patients. Les données recueillies dans l'étude ne serviront qu'aux fins de la présente étude.

Avantages associés au projet de recherche

Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche, mais on ne peut vous l'assurer. Cependant, votre participation pourrait contribuer à l'amélioration des services aux diabétiques en général.

Participation volontaire et possibilité de retrait

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision au chercheur responsable du projet ou à l'un des membres du personnel affecté au projet.

Votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur la qualité des soins et des services auxquels vous avez droit ou sur votre relation avec la chercheuse responsable du projet et les autres intervenants.

La chercheuse responsable du projet de recherche et le comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement, si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche ou s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

Si vous vous retirez ou êtes retiré du projet, l'information déjà obtenue dans le cadre de ce projet sera conservée aussi longtemps que nécessaire pour rencontrer les exigences réglementaires.

Confidentialité

Durant votre participation à ce projet, la chercheuse responsable ainsi que son personnel recueilleront et consigneront dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis.

Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, vous et votre organisation ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par la chercheuse responsable.

La chercheuse responsable du projet utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrits dans le formulaire d'information et de consentement. Les enregistrements sur bande audio des entrevues individuelles seront archivés, sans élément nominatif, avec des codes individuels dont seule la chercheuse possèdera les clés

Formulaire d'information et de consentement approuvé le 9 mars 2011 par le Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux.

d'association. Les données brutes papier, conservées sous clé brièvement et seront détruites dès leur archivage électronique effectué. Tous les documents relatifs à la collecte et à l'analyse seront digitalisés et conservés sous fichiers sauvegardés sur disque dur, exigeant un code d'accès et logé dans un local verrouillé avec des sauvegardes que l'on peut effacer.

Les données pourront être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier. Également, les données du projet pourraient servir pour d'autres analyses de données reliées au projet ou pour l'élaboration de projets de recherches futurs. Par ailleurs, vos renseignements personnels ainsi que ceux concernant le GMF, seront conservés pendant 5 ans après la fin du projet par l'étudiante au doctorat sous la supervision de la chercheure responsable et seront détruits par la suite.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par le Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux ou par une personne mandatée par des organismes publics autorisés. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis, et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que la chercheure responsable du projet détienne ces informations.

Compensation

Des compensations pour le temps et l'énergie consacrés au projet par les participants sont prévues. En effet, à la fin de chacune des deux entrevues, les frais de transports (10\$) et un certificat d'achat en librairie de (20\$) vous seront offerts.

Indemnisation en cas de préjudice et droits du sujet de recherche

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

Identification des personnes-ressources

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relié à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec la candidate au doctorat,

Pour toute question concernant vos droits en tant que sujet participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler vous pouvez rejoindre la Secrétaire du Conseil de la discipline de l'Ordre des psychologues

Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche

Le Comité central d'éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

Pour toute information, vous pouvez communiquer
présidente, au

vice-

Consentement

Titre du projet : Les ordonnances collectives comme outil de collaboration professionnelle pour améliorer les soins offerts aux personnes diabétiques au sein des GMF

I. Consentement du sujet

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement m'a été remise.

Nom et signature du sujet de recherche

Date

II. Signature de la personne qui a obtenu le consentement si différent du chercheur responsable du projet de recherche.

J'ai expliqué au sujet de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

Caroline Bois

Nom et signature de la personne qui obtient le consentement

Date

III. Signature et engagement du chercheur responsable du projet

Je certifie qu'on a expliqué au sujet de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions que le sujet de recherche avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée au sujet de recherche.

Nom et signature de la chercheuse responsable du projet de recherche

Date

ANNEXE 30 - Chain of evidence (article 1)

Variable	Indicator	Phase	Data collection methods (n or source or details)	Data extraction, creation, transformation, analysis	First Level Product
When and Which CPD					
CPD uptake	• Self-declared CP presence	1-2	• Questionnaire (n=53)	• Categorize: CPD user/not user	• % of self-declared CPD users
Delay for implementation of each FMG 1st CPD	• Calculation of accreditation date minus written date on 1 st implemented CPD sent by each participant	1-2	• Date on Health Ministry FMG list • Document analysis of implemented CPD send by subjects (n=81 documentd, not all CPD)	• Data screening • FMG accreditation date • Calculate date of 1st implemented CPD for each CPD user	• Delay for 1st CPD (min, max, median)
Object, sequence and format of CPD	• Existence of a CPD specific object • Format and contents of CPD	1-2	• Document analysis of implemented CPD send by participants (n=81)	• Triangulate questionnaire and send document to categorize as CPD user/ not user • CPD content analysis • CPD format analysis	• Valided % of CPD users • List of implemented CPD • Most/ least implemented CPD • Sequence of implementation • CPD format modification
CPD diversity and intensity	• n of CPD in 6 categories of CPD according to their objects (hypoglycemic treatment, antidiabetic oral medication, supplies, insulin, tests and laboratory) • Total CPD score	1-2		• Count n of CPDs per group per FMG • Apply experts intensity grid • Calculate CPD Total score per FMG • Display CPD users on matrix (diversity X intensity) according to CPD send by subjects	• Three clusters of CPD user's (low, low; low, high; high, high) • CPD Total score for each FMG • Champions FMG identified • CONNECT PHASE II by case selection

Variable	Indicator	Phase	Data collection methods (n or source or details)	Data extraction, creation, transformation, analysis	First Level Product
Which conditions are favorable					
Inner setting Outer setting*	<ul style="list-style-type: none"> • CP user • CPD user • Db clientele as a priority • FMG wave • FMG legal status • Number of sites • Committee composition • n and objects of implemented CPD • n of FMG sites, n of physicians and nurses • n of physicians working since FMG start-up • Nurse continuing education on Bill 90/ Db care • Nurse Db care experience/ within other FMG • Nurses activities and coordination of Db care • Opening hours • Open on week-ends • Perceived impact of professional turnover • Presence and Title of FMG professionals, • Team Climate Inventory score • Perceived collaboration with HSSC partners* 	1-2	<ul style="list-style-type: none"> • FMG wave as Guilbert's (2011): 1st wave: FMG accredited from dec 2002 to Jun 2005 • 2nd wave: Jul 2005 to Jun 2008 • 3 rd wave: Jul 2008 to Jan 2011 • Legal status on Health Ministry FMG list • Tailored questionnaire (Likert) • Team Climate Inventory (2006) (phase 1 n=53; phase n=12) 	<ul style="list-style-type: none"> • Data screening • Sample description • Compare respondents to non-respondent on legal status and FMG accreditation date • Correlations between FMG characteristics related to Delay for 1st CPD or CPD Total score. 	<ul style="list-style-type: none"> • n of 1 st, 2nd, 3 rd waves FMG • n of private, mixed/public FMG • Sample representativity • FMG characteristics associated with Delay for 1st CPD or CPD Total score • Favorable conditions linked to high diversity/high intensity CPD user's category
	<ul style="list-style-type: none"> • Opening hours • Open on week-ends • Perceived impact of professional turnover • Presence and Title of FMG professionals, • Team Climate Inventory score • Perceived collaboration with HSSC partners* 	1	<ul style="list-style-type: none"> • Tailored questionnaire (open-ended, comments) 	<ul style="list-style-type: none"> • Semi-open thematic coding guided by innovation or collaboration chosen frameworks 	<ul style="list-style-type: none"> • CP and CPD implementation perceived barriers and leverages
	<ul style="list-style-type: none"> • Same as PHASE 1 + • Adopter's innovation perception: relative advantage, risk, technical support needed, triability, potential of reinvention, soft periphery • Adopter's inner setting: system antecedent for innovation (professionals pre-existing knowledge/skills, receptive from change, network), system readiness (tension for change, power balance) • Organizational maturity • Physical environment 	2	<ul style="list-style-type: none"> • Non-participative observation in public area (15 hours) and field notes • Document analysis (n= about 200) • Semi-structured Interviews with physicians (n=8), nurses involved in Db follow-up (n=2), HSSS nurse (n=1), other FMG nurses (n= 3), FMG manager (n=1) staff (n=6) • 2 key informants appreciation on Organizational maturity (EQUIP, 	<ul style="list-style-type: none"> • Deep process exploration • Semi-open thematic coding by sources based on innovation and IC framework • Themes and codes definition • Analysis validation with interviewees • Convergent/divergent themes • Summary of case characteristics • Uptake steps schema 	<ul style="list-style-type: none"> • CP and CPD implementation perceived barriers and leverages

Variable	Indicator	Phase	Data collection methods (n or source or details)	Data extraction, creation, transformation, analysis	First Level Product
	• Inter-organizations norm-setting*, larger networks*		2007) • Research memos		
How implementation process of CPD is linked to collaboration between professionals?					
Collaboration process an high intensity high diversity CPD user	• FMG collaboration level (inertia, in construction, in action) based on 4 structural processes (governance, shared goal and vision, internalization, formalization)	2	• All same as above, same informants with emphasis on collaboration process • Research memos	• All same as above • Researcher's appreciation of collaboration level and 4 structural processes	• Case description
How CPD is linked to access for diabetes care in FMG?					
		2	• All same as above + 10 patients with diversified profiles (Db treatment, designated nurse, age, gender, occupation) with emphasis on impact of CPDs on care (access and self-management) • Research memos	• All same as above	• Patient's profile validated by patient
Final product	Schema of collaboration process in the case of a high diversity and intensity CPD user (present article) Schema of the consequences for the triad (based on phase 2 only, validated by key informants and FMG members) (another article)				

Note: CP: collective prescription; CPD: collective prescription for diabetes care; Diabetes care: Db; FMG: Family Medicine Group; HSSC: Health and Social Service Center; n= number;

Summary of research Questions, variables, indicators, Phase, Data Collection and Analysis, Product and final product

ANNEXE 31 - Caractéristiques des OCD envoyées par les GMF

No GMF	Objet tel que rédigé	Catégorie objet	Date approbation CMDP	Date app md ou entrée en vigueur	Date mise à jour prévue	Nb md signataires	Inclus directive/ procédure	algorithme fléché	tableau	Réfère au protocole	annexe	Formulaire de liaison	Professionnel ayant le droit de l'appliquer
1	Plan d'enseignement sans OCD												
2	Surveillance du glucose sanguin par l'utilisation d'un glucomètre, de bandelettes et de lancettes	Fourniture		10-11-2011	2014								Inf du CSSS X
2	Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques lors de signes d'hypoglycémie	Traitement hypo		16-05-2011	2014								Inf et infdu CSSS X
3	Préparer une ordonnance de bandelettes et de lancettes pour utilisation d'un lecteur de glycémie	Fourniture		01-2009		7				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		Inf nommées pour travailler au GMF X qui ont reçu une formation en diabétologie et du préceptorat de l'équipe médicale du GMF
3	Ajuster insuline générique et spécifique (Anti-oraux et insuline N; insuline N et R; insuline N ou U et H ou A; insuline basale)	Insuline		01-2009		7	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		Inf nommées pour travailler au GMF X qui ont reçu une formation en diabétologie et du préceptorat de l'équipe médicale du GMF

No GMF	Objet tel que rédigé	Catégorie objet	Date approbation CMDP	Date app md ou entrée en vigueur	Date mise à jour prévue	Nb md signataires	Inclus directive/ procédure	algorithme flêché	tableau	Réfère au protocole	annexe	Formulaire de liaison	Professionnel ayant le droit de l'appliquer
N													
3	Ajuster des antihyperglycémiant oraux OC générique et spécifiques (biguanides, sulfonylurées, thiazolidinediones, meglitinides)	Anti-oraux		01-2009		7	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		Inf nommées pour travailler au GMF X qui ont reçu une formation en diabétologie et du préceptorat de l'équipe médicale du GMF
4	Ajuster insuline générique et spécifique (Anti-oraux et insuline N ; insuline N et R; insuline N ou U et H ou A; insuline basale)	Insuline		01-2009		7	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		Inf nommées pour travailler au GMF X qui ont reçu une formation en diabétologie et du préceptorat de l'équipe médicale du GMF

No GMF	Objet tel que rédigé	Catégorie objet	Date approbation CMDP	Date app md ou entrée en vigueur	Date mise à jour prévue	Nb md signataires	Inclus directive/ procédure	algorithme flêché	tableau	Réfère au protocole	annexe	Formulaire de liaison	Professionnel ayant le droit de l'appliquer
4	Ajuster des antihyperglycémiant oraux génériques et spécifiques (biguanides, sulfonylurées, thiazolidinediones, meglitinides, prandase). Ajustement des hypoglycémiant oraux	Anti-oraux		03-2009	06-2011	10	<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>		Inf nommées pour travailler au GMF X qui ont reçu une formation en diabétologie et du préceptorat de l'équipe médicale du GMF
4	Prélèvements	Labo		03-2009									Inf nommées pour travailler au GMF X qui ont reçu une formation en diabétologie et du préceptorat de l'équipe médicale du GMF
6	Ajustement d de l'insuline (basale, intermédiaire, rapide, très rapide)	Insuline		01-06-2006	08-2010								Inf nommées pour travailler au GMF X qui ont reçu une formation en diabétologie et du préceptorat de l'équipe médicale du GMF
6	Ajustement des hypoglycémiant: Metformine, Glyburide, Gliclazide, Glimepiride, Répaglinide, Rosiglitazone, Thiazolidinedione, Acarbose;	Anti-oraux		01-06-2006	08-2010								Inf nommées pour travailler au GMF X qui ont reçu une formation en diabétologie et du préceptorat de l'équipe médicale du GMF

No GMF	Objet tel que rédigé	Catégorie objet	Date approbation CMDP	Date app md ou entrée en vigueur	Date mise à jour prévue	Nb md signataires	Inclus directive/ procédure	algorithme flêché	tableau	Réfère au protocole	annexe	Formulaire de liaison	Professionnel ayant le droit de l'appliquer
7	Initier les mesures diagnostiques et thérapeutiques lors de signe d'hypoglycémie	Traitement hypo		31-03- 2011									Inf oeuvrant au GMF X
7	Ajuster les doses d'insuline chez un usager diabétique	Insuline		31-03- 2011	2014	6	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		Inf oeuvrant au GMF X
8	Ajustement Metformine	Anti-oraux		02-2009			<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>			Inf clinicienne du GMF X habilitées, travaillant en GMF faisant le suivi du patient connu diabétique; pharmacien communautaire
8	Ajustement de l'insuline selon les résultats des glycémies capillaires obtenus du client	Insuline		02-2009			<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		Inf clinicienne du GMF X habilitées, travaillant en GMF faisant le suivi du patient connu diabétique; pharmacien communautaire
8	Prescription du glucomètre, de bandelettes et de lancettes	Fourniture		02-2009			<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	Personnel infirmier du GMF X habilité, travaillant en GMF peut faire le suivi du patient diabétique Pharmacien communautaire du patient

No GMF	Objet tel que rédigé	Catégorie objet	Date approbation CMDP	Date app md ou entrée en vigueur	Date mise à jour prévue	Nb md signataires	Inclus directive/ procédure	algorithme flêché	tableau	Réfère au protocole	annexe	Formulaire de liaison	Professionnel ayant le droit de l'appliquer
8	Prescription des examens d'évaluation ou de suivi (glycémie)	Labo		02-2009			<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>			Inf clinicienne et inf techniciennes habilités et autorisées par le médecin responsable du GMF X, travaillant en GMF faisant le suivi du patient à risque de développer ou ayant une des maladies chroniques; personnel du laboratoire du CSSSx
11	Ajuster les antihyperglycémiant oraux (Metformine et Glyburide) lors du suivi de la clientèle diabétique	Anti-oraux		03-2008	09-2010	18			<input checked="" type="checkbox"/>				Pharmaciens de la communauté X
11	Initier les mesures diagnostiques et thérapeutiques pour le contrôle glycémique pour les patients diabétiques de type 1 ou II (HbA1c)	Labo		03-2008	02-2011	18	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>			Inf cliniciennes du GMF X ayant reçu la formation donnée par OIIQ : «le dépistage et le traitement de la personne diabétique dans la pratique infirmière: ajustement des antihyperglycémiant oraux et de l'insuline» 7 heures ou son équivalence et étant habilitées à exécuter l'OC

No GMF	Objet tel que rédigé	Catégorie objet	Date approbation CMDP	Date app md ou entrée en vigueur	Date mise à jour prévue	Nb md signataires	Inclus directive/ procédure	algorithme fléché	tableau	Réfère au protocole	annexe	Formulaire de liaison	Professionnel ayant le droit de l'appliquer
11	Initier et administrer du glucose per os lors d'un épisode d'hypoglycémie chez un patient dont l'état de conscience n'est pas altéré	Traitement hypo		09-2006	02-2011	18	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				Inf clinicienne du GMF X
11	Ajuster le dosage d'insuline lors du suivi de la clientèle diabétique	Insuline		09-2006	02-2011	18	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Inf cliniciennes du GMF X ayant reçu la formation donnée par OIIQ : «le dépistage et le traitement de la personne diabétique dans la pratique infirmière: ajustement des antihyperglycémiantes oraux et de l'insuline» 7 heures ou son équivalence et étant habilitées à exécuter l'OC; pharmaciens communautaires exerçant leur profession sur le territoire du GMF X
12	Initier ou ajuster les dosages d'insuline dans le cadre du suivi systématique de la clientèle atteinte de diabète	Insuline		01-2010	99	8	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>			Inf nommées pour travailler au GMF X qui ont reçu la formation nécessaire et ayant fait le maintien des connaissances

No GMF	Objet tel que rédigé	Catégorie objet	Date approbation CMDP	Date app md ou entrée en vigueur	Date mise à jour prévue	Nb md signataires	Inclus directive/ procédure	algorithme fléché	tableau	Réfère au protocole	annexe	Formulaire de liaison	Professionnel ayant le droit de l'appliquer
13	Initier des examens lors du suivi d'un patient pré-diabétique ou diabétique	Labo		09-2010	02-2012	11	<input checked="" type="checkbox"/>						Inf habilitées qui possèdent les connaissances et les compétences nécessaires ayant reçu la formation spécifique) et travaillant au GMF X
13	Initier l'utilisation d'un indicateur de glycémie, de bandelettes et de lancettes pour une période de 18 mois	Fourniture		03-2010	09-2012	11	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>			Inf habilitées qui possèdent les connaissances et les compétences nécessaires (ayant reçu la formation spécifique) et travaillant au GMF X
13	Ajuster le dosage d'insuline lors du suivi de la clientèle diabétique	Insuline		03-2010	09-2012	11	<input checked="" type="checkbox"/>						Inf habilitées qui possèdent les connaissances et les compétences nécessaires (ayant reçu la formation spécifique) et travaillant au GMF X
14	Prescription de bandelettes, de lancettes et/ ou d'aiguilles pour stylo injecteur	Fourniture		02-2010	02-2012	16	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>	Inf habilités à travailler au GMF X

No GMF	Objet tel que rédigé	Catégorie objet	Date approbation CMDP	Date app md ou entrée en vigueur	Date mise à jour prévue	Nb md signataires	Inclus directive/ procédure	algorithme fléché	tableau	Réfère au protocole	annexe	Formulaire de liaison	Professionnel ayant le droit de l'appliquer
17	Ajustement du dosage des hypoglycémiantes oraux lors du suivi de la clientèle diabétique	Anti-oraux		06-2010			<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>			Inf qui possède la formation, les connaissances et les compétences nécessaires et qui travaille dans les secteurs suivants: inf en GMF
17	Ajustement des hypoglycémiantes oraux selon la glycémie capillaire	Anti-oraux		06-2010			<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>			Inf qui possède la formation, les connaissances et les compétences nécessaires et qui travaille dans les secteurs suivants: inf en GMF
17	Ajuster le dosage d'insuline lors du suivi des personnes diabétiques	Insuline		06-2010			<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>			Inf qui possède la formation, les connaissances et les compétences nécessaires et qui travaille dans les secteurs suivants: inf en GMF
17	Utilisation d'un stylo injecteur avec aiguilles	Fourniture		06-2010			<input checked="" type="checkbox"/>						Inf qui possède la formation, les connaissances et les compétences nécessaires et qui travaille dans les secteurs suivants: inf en GMF, SSD, Guichet accès

No GMF	Objet tel que rédigé	Catégorie objet	Date approbation CMDP	Date app md ou entrée en vigueur	Date mise à jour prévue	Nb md signataires	Inclus directive/ procédure	algorithme fléché	tableau	Réfère au protocole	annexe	Formulaire de liaison	Professionnel ayant le droit de l'appliquer
17	Analyse de laboratoire pour le suivi de la clientèle diabétique	Labo		06-2010			<input checked="" type="checkbox"/>						Inf qui possède la formation, les connaissances et les compétences nécessaires et qui travaille dans les secteurs suivants: inf en GMF
18	Initier des analyses de laboratoire pour le suivi de la clientèle diabétique et prédiabétique	Labo		04-2009	04-2015				<input checked="" type="checkbox"/>				Infirmières nommées pour travailler au GMF X et ayant reçu une formation en diabétologie
18	Introduction et ajustement de l'insulinothérapie	Insuline		04-2009			<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			Infirmières nommées pour travailler au GMF X et ayant reçu une formation en diabétologie
19	Ajuster le dosage de l'insuline et d'hypoglycémiant oraux, ordonnance pour appareil, bandelettes et lancettes		non présentée	Attente d'approbation DSI									
20	Recommander l'achat de bandelettes et d'aiguilles pour glycémies capillaires	Fourniture		12-2008	12-2010	10	<input checked="" type="checkbox"/>						Inf habilités qui travaillent au GMF X

No GMF	Objet tel que rédigé	Catégorie objet	Date approbation CMDP	Date app md ou entrée en vigueur	Date mise à jour prévue	Nb md signataires	Inclus directive/ procédure	algorithme flêché	tableau	Réfère au protocole	annexe	Formulaire de liaison	Professionnel ayant le droit de l'appliquer
20	Initier des analyses de laboratoire pour le suivi de la clientèle hypertendue ou diabétique	Labo		01-2009	01-2011	10	<input checked="" type="checkbox"/>						Inf habilités qui travaillent au GMF X
22	Initier préparer une ordonnance de bandelettes et/ou de lancettes pour lecteurs de glycémie	Fourniture		09-12-2009	09-12-2011	10	<input checked="" type="checkbox"/>						Infirmières habilités qui possèdent les connaissances et les compétences nécessaires travaillant au GMF X. Les pharmaciens de la communauté
23	Appareil de mesure de glycémie capillaire, de bandelettes et lancettes pour 18 mois	Fourniture		09-2011		10							inf clinicienne du GMF
23	Dosage d'insuline lors du suivi de la clientèle diabétique en groupe de médecine familiale	Insuline		09-2011		10	<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>		Inf d'un GMF ayant déjà reçu une formation et qui connaît la pharmacocinétique des différentes types d'insuline requise
23	Prélèvement d'hyperglycémie provoquée	Labo		08-2009		10	<input checked="" type="checkbox"/>						Inf clinicienne du GMF avec la collaboration des inf, des inf auxiliaires et des technologistes médicaux du CSSS

No GMF	Objet tel que rédigé	Catégorie objet	Date approbation CMDP	Date app md ou entrée en vigueur	Date mise à jour prévue	Nb md signataires	Inclus directive/ procédure	algorithme flêché	tableau	Réfère au protocole	annexe	Formulaire de liaison	Professionnel ayant le droit de l'appliquer
23	Prélèvement pour bilan d'un client diabétique (initier un)	Labo		04-2010		8	<input checked="" type="checkbox"/>						Inf clinicienne du GMF avec la collaboration des inf, des inf auxiliaires et des technologistes médicaux du CSSS
25	Initier des mesures diagnostiques selon une ordonnance	Labo		05-2008			<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>		Inf habilités qui possèdent les compétences nécessaires et qui travaillent au GMF X
25	Ajuster le dosage de l'insulinothérapie chez les patients atteints de diabète de type 2	Insuline		05-2009			<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>		Inf habilités, qui travaillent au GMF spécifié, qui possèdent les connaissances et les compétences nécessaires et qui ont reçu la formation appropriée de la part d'un médecin ou d'une infirmière déjà compétents et formés en la matière

--

No GMF	Objet tel que rédigé	Catégorie objet	Date approbation CMDP	Date app md ou entrée en vigueur	Date mise à jour prévue	Nb md signataires	Inclus directive/ procédure	algorithme fléché	tableau	Réfère au protocole	annexe	Formulaire de liaison	Professionnel ayant le droit de l'appliquer
27	Ajuster des traitements médicaux, des thérapies médicamenteuses, des médicaments ou autres substances: ajuster le dosage d'insuline lors du suivi de la clientèle	Insuline		12-2008		1	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>			Infirmière GMF
27	Effectuer les prélèvements et mesures diagnostiques requis pour le suivi de la clientèle diabétique	Labo		12-2008		1	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>				Infirmière du GMF
29	Suivi des usagers diabétiques du GMF: Glycémie à jeun, Hémoglobine glyquée, contrôle du lecteur de glycémie, microalbuminurie	Labo		09-2010		9							Infirmières du GMF
30	Dépister le diabète et le prédiabète selon l'algorithme de dépistage du diabète	Labo		01-2007									Infirmières nommées pour travailler au GMF X et qui ont reçu une formation en diabétologie
30	Initier des mesures diagnostiques dans le cadre de la clientèle en suivi diabétique ou prédiabétique	Labo		01-2007									Infirmières nommées pour travailler au GMF X et qui ont reçu une formation en diabétologie

No GMF	Objet tel que rédigé	Catégorie objet	Date approbation CMDP	Date app md ou entrée en vigueur	Date mise à jour prévue	Nb md signataires	Inclus directive/ procédure	algorithme fléché	tableau	Réfère au protocole	annexe	Formulaire de liaison	Professionnel ayant le droit de l'appliquer
31	Ajustement du dosage de l'insuline dans le cadre du suivi de la clientèle diabétique	Insuline		05-2011									Inf du GMF X ayant les connaissances et les habiletés requises et ayant reçu une formation appropriée.
33	Prescrire des examens de laboratoire en lien avec le suivi diabète première ligne	Labo		06-2007		19	<input checked="" type="checkbox"/>						Inf exerçant au GMF X
33	Prescrire des bandelettes, des lancettes et/ou un glucomètre et/ou des aiguilles à la clientèle diabète	Fourniture	07-11-2007	11-2007	09-06-2010	25	<input checked="" type="checkbox"/>						Inf exerçant au GMF X, au centre d'enseignement diabète et au Programme maladies cardiovasculaires (MCV)
35	Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques lors de signes d'hypoglycémie	Traitement hypo	11-05-2011	16-05-2011	05-2014		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					Inf et inf du CSSSX, secteurs d'activités spécifiques
35	Surveillance du glucose sanguin par l'utilisation d'un glucomètre, de bandelettes et de lancettes	Fourniture	9-11-2011	10-11-2011	11-2014		<input checked="" type="checkbox"/>						Inf et inf du CSSSX, secteurs d'activités spécifiques

No GMF	Objet tel que rédigé	Catégorie objet	Date approbation CMDP	Date app md ou entrée en vigueur	Date mise à jour prévue	Nb md signataires	Inclus directive/ procédure	algorithme fléché	tableau	Réfère au protocole	annexe	Formulaire de liaison	Professionnel ayant le droit de l'appliquer
36	Surveillance du glucose sanguin par l'utilisation d'un glucomètre, de bandelettes et de lancettes	Fourniture		10-11-2011									Infirmières et infirmiers du CSSSX
36	Initier les mesures diagnostiques et thérapeutiques lors de signe d'hypoglycémie	Traitement hypo		16-05-2011									Infirmières et infirmiers du CSSSX
36	Ajuster l'insuline	Insuline		19-01-2009									Infirmière nommée pour travailler au GMF X ayant reçu la formation sur l'ajustement de l'insuline; Autre professionnel visé: pharmacien communautaire du patient
36	Ajuster des antihyperglycémiant oraux	Anti-oraux		19-01-2009									Infirmière nommée pour travailler au GMF X qui ont reçu une formation en diabétologie et du préceptorat de l'équipe médicale du GMF

No GMF	Objet tel que rédigé	Catégorie objet	Date approbation CMDP	Date app md ou entrée en vigueur	Date mise à jour prévue	Nb md signataires	Inclus directive/ procédure	algorithme fléché	tableau	Réfère au protocole	annexe	Formulaire de liaison	Professionnel ayant le droit de l'appliquer
37	Dépistage du diabète et du prédiabète, hyperglycémie provoquée orale	Labo	19-01-2009	09-01-2009			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>		Inf de la clinique du diabète, Inf des GMF X et Y, Inf remplaçantes ou qui commencent un nouveau poste dans ces secteurs doivent faire deux(2) dépistages sous supervision d'une inf habilité avant d'être autonome
37	Effectuer des prélèvements selon une ordonnance	Labo	30-11-2009	30-11-2009									Inf oeuvrant aux GMF X
40	Glucomètre, bandelettes et lancette pour l'auto-surveillance de la glycémie	Fourniture		23-06-2010									Infirmières du CSSS-X des secteurs suivants: DSGPSA (Prévention et gestion des maladies chroniques, clinique des réfugiés, mécanisme d'accès au md de famille, soins infirmiers courants) et DSPPM (GMF et clinique réseau de X
41	Investigation para-clinique du diabète	Labo			07-2011	12	<input checked="" type="checkbox"/>						Inf du GMF X qui possèdent les connaissances et les compétences requises

No GMF	Objet tel que rédigé	Catégorie objet	Date approbation CMDP	Date app md ou entrée en vigueur	Date mise à jour prévue	Nb md signataires	Inclus directive/ procédure	algorithme flêché	tableau	Réfère au protocole	annexe	Formulaire de liaison	Professionnel ayant le droit de l'appliquer
41	Demande de bandelettes lancettes et/ou glucomètre et/ou aiguilles pour stylos injecteurs	Fourniture			07-2011	12	<input checked="" type="checkbox"/>						Inf du GMF X qui possèdent les connaissances et les compétences requises
41	Ajustement d'insuline	Insuline			07-2011	12	<input checked="" type="checkbox"/>						Inf du GMFX qui possèdent les connaissances et les compétences requises
43	Effectuer une surveillance de la prise de statine par la réalisation de bilans sanguins au programme des maladies chroniques ou en GMF	Labo		19-04-2011	2012		<input checked="" type="checkbox"/>						Inf des GMF de X, Ph des GMF de X
43	Glucomètre, bandelettes et lancette pour l'auto-surveillance de la glycémie	Fourniture		09-11-2010	2013		<input checked="" type="checkbox"/>						Inf du CSSS-X de secteurs spécifiques, Ph communautaires
44	Initier une mesure diagnostique: dépistage du diabète	Labo	04-06-2008	05-2008	05-2011		<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>		Inf habilités du GMF X qui possèdent les connaissances et les compétences nécessaires

No GMF	Objet tel que rédigé	Catégorie objet	Date approbation CMDP	Date app md ou entrée en vigueur	Date mise à jour prévue	Nb md signataires	Inclus directive/ procédure	algorithme fléché	tableau	Réfère au protocole	annexe	Formulaire de liaison	Professionnel ayant le droit de l'appliquer
44	Initier des mesures diagnostiques selon une OC dans le cadre d'un suivi de la clientèle diabétique ou pré-diabétique	Labo	09-11-2010	11-2010	11-2013		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>		Inf habilités du GMF X qui possèdent les connaissances et les compétences nécessaires
45	Ajuster le dosage d'insuline dans le cadre du suivi de la clientèle diabétique, fourniture dont stylo injecteur avec aiguilles adaptées, ajuster posologie antihyperglycémiant oraux		non présentée	Attente d'approbation		13	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Inf du GMF-X du CLSC X
48	Initier es mesures diagnostiques: dépistage du diabète et instauration de la fréquence des prélèvements sanguins	Labo		07-2010	02-2011	17	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Inf habilités qui possèdent les connaissances et les compétences nécessaires (formation spécifique) et travaillant au GMF X
48	Ajuster le dosage d'insuline dans le cadre du suivi de la clientèle diabétique	Insuline		06-2011		21	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Inf habilités qui possèdent les connaissances et les compétences nécessaires (formation spécifique) et travaillant au GMF X

No GMF	Objet tel que rédigé	Catégorie objet	Date approbation CMDP	Date app md ou entrée en vigueur	Date mise à jour prévue	Nb md signataires	Inclus directive/ procédure	algorithme fléché	tableau	Réfère au protocole	annexe	Formulaire de liaison	Professionnel ayant le droit de l'appliquer
50	Initier l'utilisation du glucomètre, de bandelettes et de lancettes	Fourniture		07-2009		12							Inf GMF possédant les connaissances et les habiletés requises (formation de la part Md ou Inf)
50	Ajustement d'insuline chez la clientèle diabétique de type II	Insuline		07-2010		11							Inf GMF possédant les connaissances et les habiletés requises (formation de la part Md ou Inf) ; Autres prof visés: diététiste/Nutritionniste, pharmacien communautaire du patient
50	Initier les mesures diagnostiques	Labo		09-2010		10							Inf GMF possédant les connaissances et les habiletés requises
50	Traitement des hypoglycémies	Traitement hypo		09-2010		11							Inf GMF possédant les connaissances et les habiletés requises (formation de la part Md ou Inf)

ANNEXE 32 - Comparaison des GMF selon le statut légal pour des indicateurs choisis

Comparaison des GMF selon le statut légal sur des indicateurs choisis

Indicateur	Statut légal				
	privé (n=33)		public ou mixte (n=20)		p
	N	Valeur	N	Valeur	
Vague d'implantation GMF (1-3), n (%)					
1 ^{re}	33	11 (33,3)	20	8 (40)	0,589
2 ^e		18 (54,5)		8 (40)	
3 ^e		4 (12,1)		4 (20)	
Combien d'heures par semaine votre GMF est-il ouvert à la clientèle ?, n (%)					
35-45 h	33	10 (30,3)	19	6 (31,6)	0,704
46-55 h		6 (18,2)		5 (26,3)	
plus 55 h		17 (51,5)		8 (42,1)	
Votre GMF est-il ouvert la fin de semaine à la clientèle ?, n (%)					
non	33	16 (48,5)	20	10 (50)	1,000
oui		17 (51,5)		10 (50)	
Les GMF sont gérés de différentes façons. Dans le cas de votre GMF, existe-t-il ..., n (%)					
un seul md nommé gestionnaire SANS aucun comité exécutif	31	9 (29)	20	9 (45)	0,486
un md gestionnaire ET un comité exécutif sans infirmière		12 (38,7)		4 (20)	
un md gestionnaire ET un comité exécutif avec AU MOINS UNE infirmière		4 (12,9)		1 (5)	
un md gestionnaire ET un comité exécutif avec AU MOINS UN PROFESSIONNEL ET UNE INFIRMIÈRE		2 (6,5)		2 (10)	
autre		4 (12,9)		4 (20)	
Relancer par téléphone les patients selon un protocole de suivi préétabli, n (%)					
jamais	30	7 (23,3)	18	4 (22,2)	0,773
parfois		4 (13,3)		4 (22,2)	
souvent		9 (30)		6 (33,3)	
toujours		10 (33,3)		4 (22,2)	
Partager l'enseignement au patient SYSTÉMATIQUEMENT avec une nutritionniste, n (%)					
jamais	31	16 (51,6)	17	5 (29,4)	0,106
parfois		10 (32,3)		6 (35,3)	
souvent		3 (9,7)		6 (35,3)	
toujours		2 (6,5)		0 (0)	
Au besoin, référer directement le patient aux ressources telles psychologue, kinésologue, travailleur social, autres, n (%)					
jamais	32	5 (15,6)	20	2 (10)	0,904
parfois		19 (59,4)		13 (65)	
souvent		5 (15,6)		4 (20)	
toujours		3 (9,4)		1 (5)	
Faites-vous partie de la communauté de pratique virtuelle des infirmières en GMF ?, n (%)					
non	31	16 (51,6)	20	7 (35)	0,267
oui		15 (48,4)		13 (65)	
TCI score total, méd (IQR)	33	17,6 (16,4-20,4)	20	17,5 (15,8-20,3)	0,693
Combien de médecins travaillent au site principal de votre GMF ?, méd (IQR)	33	11 (8-13)	17	13 (9-19)	0,102
Catégorie d'adopteur selon OCD envoyées, n (%)					
aucune OCD	33	13 (39,4)	20	9 (45)	0,586
faible intensité		6 (18,2)		6 (30)	
intensité modérée		7 (21,2)		3 (15)	
forte		7 (21,2)		2 (10)	
Somme OCD par GMF selon poids des juges, méd (IQR)	33	2 (0-13)	20	2 (0-8,5)	0,395

ANNEXE 33 - Comparaison des GMF selon les vagues d'accréditation

Comparaison des GMF selon la vague d'accréditation sur des indicateurs choisis

	Vague d'accréditation						p
	1 ^{re}		2 ^e		3 ^e		
	N	valeur (%)	N	valeur (%)	N	valeur (%)	
Statut légal du GMF							
privé	19	11 (57,9)	26	18 (69,2)	8	4 (50)	0,589
public ou mixte		8 (42,1)		8 (30,8)		4 (50)	
Combien d'heures par semaine votre GMF est -il ouvert à la clientèle ?, n (%)							
35-45 h	18	2 (11,1)	26	9 (34,6)	8	5 (62,5)	0,090
46-55 h		6 (33,3)		4 (15,4)		1 (12,5)	
plus 55 h		10 (55,6)		13 (50)		2 (25)	
Votre GMF est-il ouvert la fin de semaine à la clientèle ?, n (%)							
non	19	3 (15,8)	26	16 (61,5)	8	7 (87,5)	0,000
oui		16 (84,2)		10 (38,5)		1 (12,5)	
Les GMF sont gérés de différentes façons. Dans le cas de votre GMF, existe-t-il, n (%)							
un seul md nommé gestionnaire SANS aucun comité exécutif	18	5 (27,8)	25	7 (28)	8	6 (75)	0,490
un md gestionnaire ET un comité exécutif sans infirmière		5 (27,8)		9 (36)		2 (25)	
un md gestionnaire ET un comité exécutif avec AU MOINS UNE infirmière		3 (16,7)		2 (8)		0 (0)	
un md gestionnaire ET un comité exécutif avec AU MOINS UN PROFESSIONNEL ET UNE INFIRMIÈRE		1 (5,6)		3 (12)		0 (0)	
autre		4 (22,2)		4 (16)		0 (0)	
Les GMF sont gérés de différentes façons. Dans le cas de votre GMF, existe-t-il, n (%)							
1, 2 ou 5	18	12 (66,7)	25	19 (76)	8	8 (100)	0,220
3 ou 4		6 (33,3)		6 (24)		0 (0)	
Relancer par téléphone les patients selon un protocole de suivi préétabli, n (%)							
jamais	15	2 (13,3)	26	6 (23,1)	7	3 (42,9)	0,519
parfois		5 (33,3)		3 (11,5)		0 (0)	
souvent		4 (26,7)		9 (34,6)		2 (28,6)	
toujours		4 (26,7)		8 (30,8)		2 (28,6)	
Partager l'enseignement au patient SYSTÉMATIQUEMENT avec une nutritionniste, n (%)							
jamais	18	6 (33,3)	24	13 (54,2)	6	2 (33,3)	0,769
parfois		7 (38,9)		7 (29,2)		2 (33,3)	
souvent		4 (22,2)		3 (12,5)		2 (33,3)	
toujours		1 (5,6)		1 (4,2)		0 (0)	
Au besoin, référer directement le patient aux ressources telles psychologue, kinésologue, travailleur social, autres, n (%)							
jamais	18	3 (16,7)	26	3 (11,5)	8	1 (12,5)	0,782
parfois		9 (50)		17 (65,4)		6 (75)	
souvent		3 (16,7)		5 (19,2)		1 (12,5)	
toujours		3 (16,7)		1 (3,8)		0 (0)	
Faites-vous partie de la communauté de pratique virtuelle des infirmières en GMF ?, n (%)							
non	19	12 (63,2)	25	8 (32)	7	3 (42,9)	0,121
oui		7 (36,8)		17 (68)		4 (57,1)	
Catégorie d'adopteur OCD selon document recus, n (%)							
aucune OCD	19	12 (63,2)	26	6 (23,1)	8	4 (50)	0,141
faible intensité		4 (21,1)		7 (26,9)		1 (12,5)	
intensité modérée		2 (10,5)		7 (26,9)		1 (12,5)	
forte		1 (5,3)		6 (23,1)		2 (25)	
Combien de médecins travaillent au site principal de votre GMF ?, med (IQR)	18	14 (9,8-18)	24	11 (8,3-12,8)	8	9 (6,5-12,5)	0,124
Somme OCD par GMF selon poids des juges, med (IQR)	19	0 (0-2)	26	6 (1,5-14,5)	8	1 (0-14,5)	0,018
SOM_Clim, med (IQR)	19	19,2 (16,9-20,8)	26	17,5 (16,1-20)	8	16,2 (14,1-18,3)	0,072

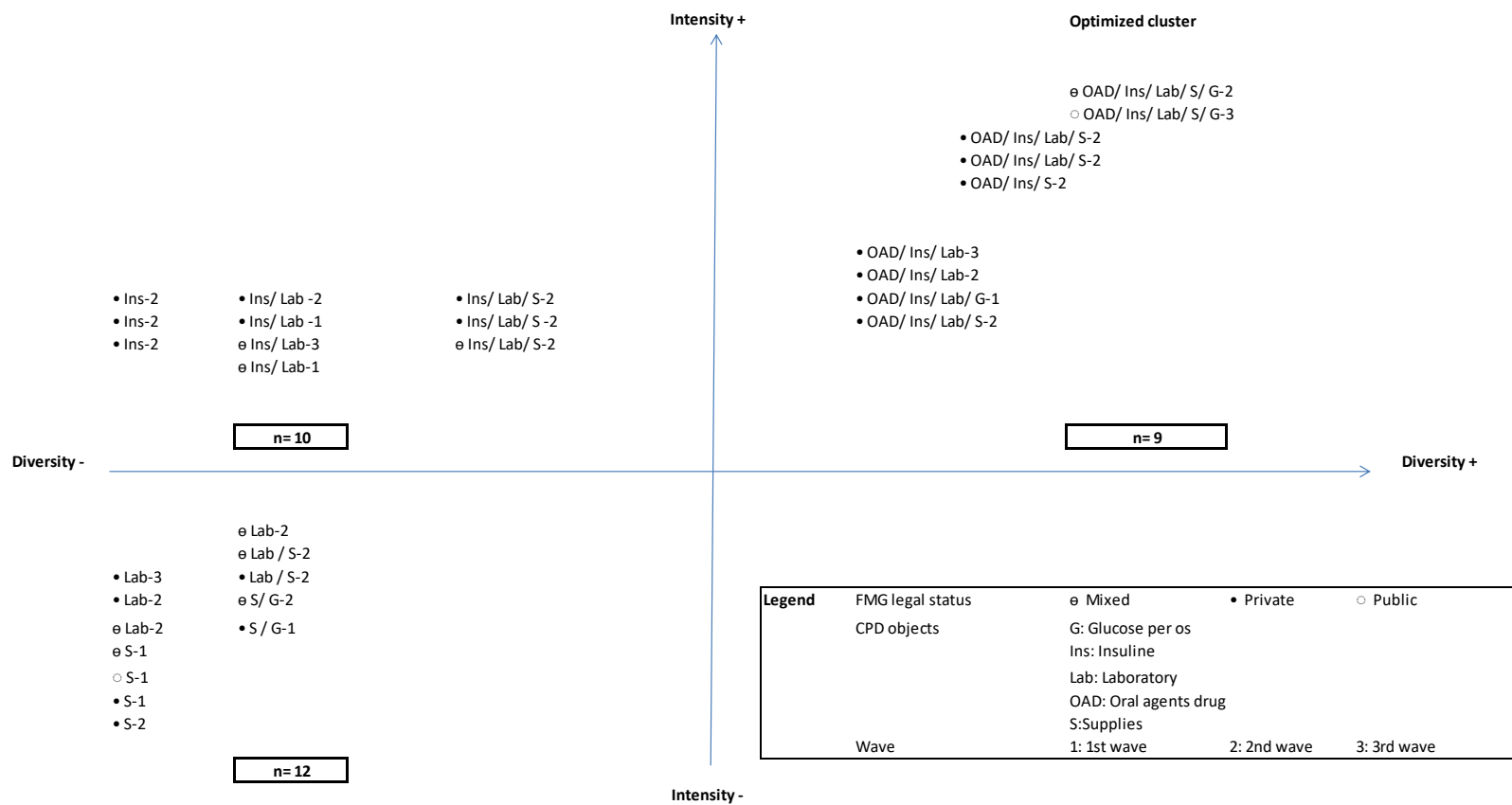
ANNEXE 34 - Rôles et fonction de l'infirmière du GMF auprès de la clientèle diabétique

Analyse des rôles de l'infirmière du GMF auprès de la clientèle diabétique

Rôles	Fréquence rapportée				<i>n</i> valide	<i>M</i>	<i>ÉT</i>
	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours			
	% valide						
Prendre les mesures de poids, taille, tension artérielle		2	32	66	53	3,64	0,52
Vacciner contre la grippe saisonnière	18	31	16	35	49	2,67	1,14
Enseigner individuellement au patient	2	6	17	75	53	3,66	0,68
Enseigner aux membres de famille du patient	2	48	44	6	52	2,54	0,64
Enseigner aux patients en groupe	92	4	2	2	47	1,15	0,55
Relancer par téléphone les patients selon un protocole de suivi préétabli	23	17	31	29	48	2,67	1,36
Effectuer un suivi systématique infirmier autonome	10	10	22	58	50	3,28	1
Évaluer avec monofilament une possible neuropathie	8	29	35	28	51	2.82	0,93
Partager l’enseignement au patient SYSTÉMATIQUEMENT avec une nutritionniste	44	33	19	4	48	1,83	0,88
Au besoin, référer directement le patient à la nutritionniste	6	35	33	25	48	2,77	0,91
Au besoin, référer directement le patient aux ressources telles psychologue, kinésologue, travailleur social, autres	14	62	17	8	52	2,19	0,77
Au besoin, suggérer au md de référer le patient aux ressources, telles nutritionniste, psychologue, kinésologue, travailleur social, autres	12	70	12	8	52	2,15	0,72

Note. La case grisée correspond à la réponse de l'infirmière du GMF-cas au questionnaire du volet 1

ANNEXE 35 - Clusters of FMGs according to CPD (article 1)



ANNEXE 36 - Caractéristiques des patients recrutés

Caractéristiques des patients recrutés

Identification				Expérience avec le diabète											Offre de service			
	Genre	Rx	Mobilité	Travail	Famille avec Db	Co-morbidité	Littérature en santé	Soutien social	Position verbalisée face Db	Motivation verbalisée	Visée verbalisée	Autosoin actuel	Défi actuel verbalisé	Plan de traitement actuel selon inf	Fq tél. actuel; Durée total et suivi	Satisfaction	accès inf	A eu accès lors incident
pt A	F	Ins	R	NA	frils sœur	X	1	sœurs	État permanent	Être là pour sa petite fille	Contrôle glycémie	Prise glycémie alimentation Rx	Se modérer	HbA1c périodique, contrôle glycémie, calcul détaillé glucides, ajustement dirigé, référence à l'interne et externe	7 j 7 mois	1		X
pt B	M	HGO	TR	NA	0	X	0		Contrainte de plus	Contact avec inf et md	Contrôle glycémie	Prise glycémie alimentation Rx	Améliorer son sommeil	HbA1c périodique, contrôle glycémie, alimentation, ajustement dirigé	15 j 6 mois	1		
pt C	M	Ins	TR	NA	neveu décédé	X	0	conjoint	Contrainte	Obtenir une référence médicale	Contrôle glycémie, moins de fatigue	Prise glycémie alimentation Rx	Aliments variés et collation	HbA1c périodique, contrôle glycémie, alimentation, ajustement dirigé	7 j 6 mois	1		
pt D	F	Ins	TR	NA	mère sœur mari	X	1		Contraintes à gérer	Vivre encore 20 ans sans hospitalisation	Contrôle glycémie, perte de poids	Prise glycémie alimentation Rx	Contrôler de son agoraphobie	HbA1c périodique, contrôle glycémie, calcul détaillé glucides, ajustement dirigé, référence à l'interne et externe	7 j 18 mois	1		X
pt E	F	Ins	Opt	TC	mari	X	1		Source de colère	Ne pas perdre le contrôle de sa vie	Contrôle glycémie, perte de poids	Prise glycémie alimentation Rx	Réduire doses insuline	HbA1c périodique, calcul détaillé glucides, auto-ajustement	7 jrs 12 mois	1		
pt F	F	Ins	Opt	TC	sœur	0	1	sœur	On doit vivre avec	Être bien, ne plus vivre d'hypo sévère	Contrôle glycémie	Prise glycémie alimentation Rx activité physique	Auto-ajustement insuline	HbA1c périodique, calcul détaillé glucides, auto-ajustement, référence à l'interne et externe	4 jrs oct 2012	1		
pt G	M	Ins	Opt	NA	filie	0	2	filie	Il faut l'accepter	Vieillir en santé	Contrôle glycémie	Prise glycémie alimentation Rx activité physique	Maintenir l'équilibre actuel	HbA1c périodique, calcul détaillé glucides, auto-ajustement validé	14 jrs	1		X
pt H	F	Ins	Opt	TP	mère décédée	X	2		Contrainte extrême, même les soins ont des effets	Limiter les complications perdre du poids	Contrôle glycémie	Prise glycémie alimentation Rx	Constance, augmenter activité physique	HbA1c périodique, calcul détaillé glucides, auto-ajustement validé, référence à l'interne	7 jrs 12 mois	1		X
pt I	M	HGO	Opt	TC	1	0	2	conjointe	Maladie à prendre au sérieux	Éviter les complications à long terme	Contrôle glycémie	Prise glycémie alimentation Rx activité physique	Réduire portion	HbA1c périodique, contrôle glycémie, alimentation, ajustement dirigé , référence à l'externe	7 jrs 5 mois	1		X
pt J	M	HGO	Opt	TC	0	0	1*		Vigilance limite les troubles	Ne plus prendre de Rx	Contrôle glycémie	Prise glycémie alimentation activité physique	Maintenir les bonnes habitudes de vie	HbA1c périodique, contrôle glycémie, alimentation	14 jours 5 mois	1		X

ANNEXE 37 - Résumé des entrevues auprès de patients diabétiques impliqués dans le suivi conjoint

Résumé de l'entrevue avec Madame Allard^a

Madame nous accueille seule, en après-midi, à son domicile récemment aménagé et partagé avec son fils divorcé et sa petite-fille d'âge préscolaire. Elle s'engage dans l'entrevue avec intérêt et se livre avec transparence. Elle partage son expérience de soins comme personne diabétique en relatant ses suivis passés et actuels. Elle explique en détail comment se déroule le suivi avec l'équipe du GMF et ses gestes d'autogestion en vue de contrôler sa glycémie. L'envie d'être présente le plus longtemps possible auprès de sa petite-fille l'anime et lui donne sa principale motivation pour se maintenir en santé. Cette motivation profonde la mobilise pour mettre en action des stratégies d'autogestion associées avec différents troubles de santé chroniques dont le diabète et l'asthme. Sa mobilité est réduite en raison de complications liées à ses nombreuses maladies.

Il y a plus de dix ans, alarmée par sa sœur nouvellement diagnostiquée diabétique, Madame a procédé à des tests de dépistage qui se sont avérés positifs pour plusieurs maladies chroniques. Par la suite, elle a interagi avec de nombreux médecins de famille, résidents et spécialistes avant d'être en contact avec l'équipe du GMF. Au fil des années, elle a beaucoup appris sur le diabète et mis en œuvre des stratégies d'autogestion avec des phases d'adhésion aux recommandations et des rechutes répétées. Malgré sa participation antérieure, répétée et reconnue comme très profitable aux ateliers offerts par une clinique multidisciplinaire de gestion du diabète, elle a hautement redouté le passage à l'insuline : « *J'avais très très très très peur de l'insuline.* » Cela s'explique en partie par une charge émotionnelle, particulière et négative concernant les aiguilles, charge émotionnelle associée à des modèles familiaux. Au moment de la toute première injection, accompagnée avec bienveillance par l'infirmière, malgré ses tremblements et de ses pleurs incontrôlés, elle est parvenue à se calmer et à effectuer celle-ci : « *J'étais en état de choc!* » Elle affirme maintenant : « *ne plus jamais souhaiter retourner aux hypoglycémisants oraux, car mon contrôle étant meilleur, je me sens bien.* »

^aLe nom de famille des patients est fictif

Le suivi infirmier hebdomadaire, en vigueur depuis 7 mois, est fort apprécié : elle s'y prépare en remplissant son carnet de glycémie avec des mentions détaillées. Les techniques d'injection ont été expliquées et révisées. Le plan de traitement inclut les prélèvements périodiques recommandés et cible un contrôle glycémique par un calcul détaillé des glucides et un ajustement dirigé d'insuline. Madame profite des échanges avec l'infirmière pour partager ses préoccupations du moment d'ordre biopsychosocial.

Bien que l'intégration des aliments d'exception tels les chips et le chocolat dans le calcul des glucides soit encouragée par l'infirmière, Madame considère être « *une délinquante qui tombe des fois dans les chips ou d'autres choses, mais je suis consciente, je tente de manger équilibré* ». Elle rapporte des stratégies pour limiter ses écarts : cuisiner des desserts qui ont une saveur qu'elle n'aime pas ou garder hors de vue des aliments d'exception. À cet égard, le soutien de son fils est estimé, tout comme sa capacité d'observation pour l'aider à réagir aux hypoglycémies. Le cas échéant, Madame rapporte effectuer les procédures d'usage, révisées avec l'infirmière. L'apprentissage de l'autoajustement des insulines est progressif et présentement la validation par l'infirmière des décisions prises par Madame est rassurante et jugée nécessaire. Madame est habitée par la certitude de pouvoir avoir accès au service de suivi conjoint tant qu'elle en sentira le besoin. Elle manifeste une curiosité pour comprendre son état et les traitements : « *Je pose des questions aussi, quand je ne suis pas en état de choc, je pose des questions, puis je veux savoir.* »

Les professionnels de la santé sont perçus comme respectueux, capables de poser des questions pertinentes et de vulgariser l'information sur son état de santé et ses traitements, réceptifs à ses demandes et offrant des services accommodants. En somme, ils sont compétents et ils contribuent à son mieux-être. Les consultations à l'externe auprès de spécialistes font toujours l'objet de suivi avec le médecin de famille. Finalement, Madame souligne que la collaboration entre le médecin et l'infirmière de l'équipe permet, en cas de symptômes alarmants, d'obtenir un avis infirmier, puis médical, rapide soit en personne, soit par téléphone. La fluidité de la communication et la coordination des acteurs à l'interne sont jugées comme des facteurs très efficaces et rassurants qui lui fournissent un service exceptionnel.

Résumé de l'entrevue avec Monsieur Bélanger^a

Monsieur m'accueille en matinée, à son domicile en présence de membres de sa famille. Sa mobilité est très réduite en raison des trois accidents de travail consécutifs à la jambe gauche survenus dans une entreprise où il a œuvré pendant près de 30 ans. Monsieur affirme spontanément qu'il est surpris que l'on s'intéresse à son expérience comme patient et qu'une personne se déplace chez lui pour s'entretenir avec lui. Récemment, il a vécu une complication cardiovasculaire liée à son diabète laquelle a eu des séquelles importantes. Au cours de l'entrevue, il relate ses suivis passés et actuels par des spécialistes et par l'équipe du GMF quant à sa condition de santé. Il explique concrètement comment se déroule le suivi avec l'équipe du GMF et ses gestes d'autogestion en vue de la stabilisation de sa glycémie. Le diabète n'est pas une préoccupation centrale pour Monsieur, car plusieurs autres conditions de vie plus contraignantes et inconfortables l'accablent. Il apprécie la proximité du GMF de son domicile et celle du bureau de l'infirmière de celui du médecin. À la demande du médecin, il y a 6 mois, et dans le cadre d'un traitement avec des hypoglycémifiants oraux, il s'est engagé dans le suivi conjoint avec une certaine régularité. Il se présente régulièrement au centre de prélèvements tel que recommandé et apprécie les brefs suivis téléphoniques bimensuels. Il entretient un lien positif avec l'infirmière, quoique les échanges soient centrés sur la prise de médicaments et la glycémie. Il nomme ses différents troubles physiques et se qualifie de « *pharmacie* » sans être en mesure d'associer un médicament précis à une fonction particulière. Monsieur se sent en contrôle de son taux de glycémie et ne craint pas le passage à l'insuline si cela s'avère nécessaire. Il comprend globalement les liens entre l'alimentation et la glycémie et reconnaît faire des écarts à l'occasion en mangeant des aliments qu'il aime, mais sans exagération. Il lui est recommandé de tenir une glycémie entre 5 et 10 et sa zone de confort personnelle n'outrepasse pas une lecture de 13. Par contre, il ne ressent pas ses hypoglycémies; ceci a d'ailleurs été une préoccupation importante pour l'infirmière qui a fait une recommandation de changement de traitement laquelle a été discutée et retenue par le médecin. Depuis, l'infirmière a procédé à d'autres ajustements de médication de façon autonome et a aussi conseillé Monsieur sur sa technique de prise de glycémie. Il affirme que si le suivi infirmier cessait, il continuerait de façon autonome la prise régulière de sa glycémie et de ses médicaments.

Monsieur livre sa perspective sur sa condition de santé et ses capacités : « *Ben moi je lui avais dit, peut-être qu'elle [l'infirmière] ne s'en rappelle pas, même je lui avais dit, ma santé moi, depuis que je ne travaille plus là... Je suis tannée de me sentir comme une fillette. Je ne peux pas rien faire...* »

Présentement, Monsieur bénéficie d'un suivi conjoint qui cherche à répondre aux besoins d'individus dans le même état de santé, car il n'exprime pas de besoins personnels au sujet du diabète. En effet, une ambivalence concernant l'autogestion du diabète et de l'ensemble de ses maladies est très palpable, quoiqu'explorée de façon très limitée dans le contexte de notre entrevue. Concernant sa relation avec les professionnels de la santé, il affirme à la fois : « *Être malade, ça me regarde moi, ça ne regarde pas les autres. [...] Je n'ai pas dit au spécialiste d'aller se promener, mais...je n'y suis pas retourné. Je ne suis pas fort sur les médecins... On regarde nos bobos, quand ça arrive un peu avant le top, là on va voir le médecin.* » Pourtant il souligne la valeur des propos des médecins : « *Je me fous de ma santé, mais quand un médecin me dit une affaire, les mots du médecin comptent pour moi, mais je me fous de ma santé.* »

L'ensemble de ses propos illustre le morcellement des données de santé dans le système de santé bien qu'une certaine continuité informationnelle existe : « *Ben moi les affaires de famille, les préoccupations et déceptions, c'est personnel. Les médecins de famille, c'est pour la santé; ils nous checkent pour la santé. Les autres bobos que j'ai, si j'ai un médecin pour un autre bobo, le médecin ne le saura pas, puis l'autre médecin ne sait pas que j'ai fait du diabète, ben lui le sait pareil, tous les médecins à [dans cette ville] se connaissent [rires]. L'infirmière, c'est pour le diabète! Je ne la ferai pas travailler sur d'autres choses non plus. Pourquoi y donner une affaire de 2-3 minutes de plus [...]? Elle a accès à tout mon dossier.* »

Résumé de l'entrevue avec Monsieur Caron^a

À la retraite, monsieur nous accueille à son domicile avec son chien et son jeune conjoint se joint à nous au cours de l'entrevue. Il partage son expérience de soins comme personne diabétique en relatant son suivi, passé et actuel, impliquant le même médecin de famille depuis l'âge adulte. Il explique concrètement comment se déroule le suivi avec l'équipe du GMF et ses gestes d'autogestion dans le but de stabiliser sa glycémie et, dans le souhait plus personnel, d'être moins fatigué. Le diabète est perçu comme une contrainte de plus. Monsieur souffre de différentes conditions physiques qui réduisent sa mobilité; celles-ci ont d'ailleurs été prises en compte dans le choix d'un nouvel espace de vie plus adapté, lequel est dorénavant situé beaucoup plus loin du GMF. Monsieur mentionne son incrédulité au moment de l'annonce du diagnostic de diabète lors d'une hospitalisation à la suite d'un accident de la route comme passager, il y a 10 ans. Il connaissait le diabète par le biais de l'expérience de santé de son neveu à laquelle il n'associait pas du tout sa propre condition de santé. Cinq ans plus tard, le médecin a recommandé un traitement aux hypoglycémifiants oraux. Ultérieurement, il recommanda un suivi multidisciplinaire offert par le CLSC sur une période de deux mois. Monsieur a été déçu de ce service, se sentant infantilisé par les interventions génériques et par le manque de relance après l'arrêt de sa participation. Il y a six mois, à la suite d'un malaise très sévère lors d'un voyage à l'extérieur du pays, le suivi conjoint a été amorcé pour offrir un suivi plus régulier de l'insulinothérapie. Le médecin a présenté à Monsieur ce type de suivi en disant qu'il avait « *besoin de suivre plus scientifiquement les choses* » et « *que la glycémie faisait trop de yoyo.* ». Depuis l'infirmière orchestre les prélèvements périodiques et, exceptionnellement, la mesure de l'HbA1c au GMF même. Elle ajuste régulièrement les doses d'insuline lors du suivi téléphonique hebdomadaire et s'informe des manifestations liées aux hypoglycémies. Des conseils sur la technique d'injection et sur l'alimentation ont été offerts. L'intégration des fruits et des légumes ainsi que des collations pour éviter les hypoglycémies sont les objectifs actuels. Monsieur se prépare à ces échanges en inscrivant soigneusement toutes ses glycémies et les doses injectées quotidiennement. Il bénéficie du soutien de son entourage proche qui participe étroitement à l'autogestion et assume le transport de Monsieur au GMF lors des rendez-vous. Le défi de ceux-ci est aussi de renforcer sur une base plus régulière l'application des conseils reconnus aidants. Monsieur se dit très satisfait du suivi conjoint qu'il reconnaît comme personnalisé, courtois, rassurant et accommodant. Monsieur souhaite poursuivre le suivi conjoint jusqu'à la stabilisation de sa glycémie.

Résumé de l'entrevue avec Madame Desormeaux

Madame nous accueille à son domicile, entourée de ses animaux et en présence de sa fille adulte. Elle s'engage dans l'entrevue avec intérêt. Elle partage en détail son expérience de soins comme personne diabétique en relatant ses suivis passés et actuels. Elle explique comment se déroule le suivi avec l'équipe du GMF et ses gestes d'autogestion en vue d'un contrôle de sa glycémie. Sa vision du diabète est qu'il s'agit d'un « état » que l'on peut gérer : *« Il est possible d'éliminer toutes sortes de problèmes comme la dialyse et les troubles cardiaques. Je ne veux pas tomber malade, puis ne plus être capable de fonctionner parce que je suis diabétique. »* Son traitement implique *« des contraintes alimentaires »* auxquelles elle consent *« afin de vivre encore pleinement avec son mari, lui-même diabétique, encore au moins 20 ans. »* Une hospitalisation récente, qualifiée d'expérience très négative, est aussi une motivation à bien gérer son diabète. En général, elle bénéficie d'un suivi conjoint qui accommode ses préférences comme patiente et qui cherche à répondre à ses besoins.

Madame a été sensibilisée tôt à la réalité du diabète, car sa mère était insulino-traitée. Des souvenirs très précis ont teinté sa vision du diabète et de son traitement. Le passage à l'insuline a d'ailleurs été un moment qui a mérité une réflexion de deux ans malgré des invitations répétées à l'envisager, invitations formulées par des professionnels de la santé, pour réagir à un taux de glycémie trop élevé. Ce passage suscitait *« une peur terrible »* et : *« Il n'était pas simple de dire oui à l'insuline. »* L'explication claire des liens entre une glycémie élevée et un symptôme récurrent très inconfortable, formulée par une spécialiste lors d'une consultation, a été un tournant dans sa décision pour opter pour le traitement à l'insuline. La prise de décision de Madame pour un passage à l'insuline a été facilitée par le fait qu'elle apprécie son médecin de famille et par l'approche de celle-ci quant à l'introduction de l'insuline. Elle a annoncé cela comme un essai avec la possibilité de *« revenir aux médicaments ou de faire les deux. »* Au moment du premier rendez-vous avec l'infirmière, celle-ci a été *« vraiment attentionnée »*. Elle lui a offert des explications verbales et écrites sur la technique d'injection, l'alimentation et la surveillance de la glycémie, ce qui lui a permis de dire à la sortie de la rencontre : *« Je comprenais tout bien. »* Par la suite, un suivi téléphonique de 15 minutes en alternance avec un suivi face à face a été proposé et effectué. Au fil de l'amélioration des glycémies, les rencontres se sont étalées progressivement. Ce suivi s'est récemment intensifié à l'occasion d'un changement de sorte d'insuline visant à limiter la prise de poids observée depuis l'introduction de l'insuline (plus de 18 kilos). Madame apprécie le suivi offert depuis 18 mois par l'infirmière qui lui procure une continuité relationnelle et informationnelle et

qui la sécurise dans le contexte où son médecin de famille est actuellement en congé de maternité. Affirmant vivre beaucoup d'isolement social en raison de son trouble panique, Madame a soif de contacts courtois, respectueux et valorisants. Ses contacts aux 7 ou 14 jours avec l'infirmière sont un levier important pour que Madame mobilise ses habiletés d'autogestion du diabète. Elle se prépare aux rencontres avec l'infirmière, en regroupant ses notes quotidiennes avec les détails pertinents à partager pour stabiliser sa glycémie (taux de glycémie, heures de prise de glycémie, types et doses injectées, heures de prise de médicaments, aliments ingérés). Madame s'emploie à maintenir une conduite centrée sur la régularité dans la prise de médication, la prise de sa glycémie, les heures de repas et de sommeil. La rétroaction très détaillée de l'infirmière lui a appris le calcul des glucides. Les aliments d'exception comme les chips et le chocolat ne sont pas considérés comme interdits. Il est encouragé de les inclure dans le compte des glucides. La modération dans la consommation des aliments est promue et appréciée. Au fil du temps, Madame a acquis une meilleure compréhension des liens entre l'alimentation et le contrôle glycémique. Pour le moment, l'infirmière ajuste les doses nocturnes et diurnes d'insuline. Cette intervention est rassurante pour Madame qui craint de faire des hypoglycémies. Elle verbalise : « *Je ne me vois pas toute seule, comment vais-je gérer ça, comment que je peux savoir si je peux baisser mon insuline ou la monter?* » Elle ajoute toutefois que l'infirmière l'a guidée à quelques reprises en disant : « *Si cela ne va pas mieux, montez-le de 2* ». Madame souligne : « *On dirait qu'elle est en train de m'instruire pour savoir comment faire [l'ajustement].* »

Les échanges sont aussi des moments privilégiés pour partager les préoccupations de la part de la patiente et de la part de l'infirmière. Il a été question des symptômes inhabituels, des relations familiales, des obstacles à l'activité physique et des conditions du suivi. Les propos sur les défis relationnels et individuels sont abordés. Madame apprécie beaucoup cette opportunité de se confier et la qualité de l'écoute reçue. Comme l'infirmière est considérée une professionnelle très crédible, la patiente est ouverte à considérer les conseils de l'infirmière concernant, par exemple les liens familiaux tendus ou son trouble panique. Ces deux éléments sont identifiés et discutés comme des facteurs influençant le contrôle glycémique. Madame reconnaît les liens entre le stress, l'inactivité physique et la glycémie. Elle a amorcé des stratégies comportementales suggérées afin d'agir sur ces deux éléments. Pourtant, Madame vit présentement une impasse. Elle n'arrive pas à avoir accès aux ressources qui pourraient l'aider à optimiser son autogestion : « *Je dois aller au CLSC, je n'ai pas encore été, mais j'ai peur de sortir.* » L'infirmière me l'a dit : « *Allez en avant, faites la moitié de la rue – puis c'est vrai je l'ai essayé : je vais par-là. Il faudrait que je le fasse tous les*

jours. Je ne le fais pas tous les jours, mais je l'ai fait pendant quatre jours, tous les jours, puis je commençais à aller bien... [sous-entendu j'ai arrêté de le faire.] Mais là, c'est la paresse, je suis paresseuse. » Madame ressent et exprime intensément le besoin du suivi infirmier. « *Je ne sais pas comment je vais faire pour m'en passer.* » Elle entrevoit difficilement la fin de cette modalité de soins très appréciée et motivante. Récemment, lorsque la possibilité que le suivi cesse a été évoquée, la réaction de désarroi de Madame a pris une ampleur considérable. Depuis cet échange, pour atteindre l'objectif convenu d'une stabilisation de la glycémie d'autogestion, elle a réactivé des leviers déjà utilisés dans le passé: la prise de notes détaillées des glycémies, l'ingestion de glucides et la régularité dans les heures de repas et de prise de médicaments

Résumé de l'entrevue avec Madame Edmond

Madame m'accueille au cours d'une longue pause de son travail. Elle partage son expérience de santé comme diabétique et, plus largement, comme femme ayant été confrontée au cancer et à des attentes interminables pour des services diagnostiques dans un passé récent. Elle ressent les contrecoups de ses expériences antérieures dans sa disposition actuelle à gérer son diabète. Elle explique en détail comment se déroulent les services récemment offerts par l'équipe du GMF, par celle du CLSC et par une nutritionniste en bureau privé. Elle relate ses multiples gestes d'autogestion en vue de la stabilisation de sa glycémie. Le diabète suscite beaucoup de colère chez elle. Elle est habitée par la crainte de perdre le contrôle de sa vie. Sa visée personnelle actuelle est la perte de poids. Son mari est aussi diabétique, traité aux hypoglycémifiants oraux.

Il y a plusieurs années, dans sa région, Madame a bénéficié des services d'une clinique du diabète qu'elle a beaucoup appréciés, car ils se sont avérés fort instructifs. L'approche de résolution de problème et d'expérimentation utilisée par la nutritionniste lui a particulièrement plu. À l'époque, les professionnels lui avaient recommandé d'introduire l'insuline dans son plan thérapeutique. Cependant, comme l'insuline signifiait « *le dernier recours* », « *une condamnation* », elle ne s'y est résignée que l'an dernier face à l'ultimatum de son médecin de famille. Lors du passage à l'insuline, le médecin a suggéré de préférer le suivi infirmier du GMF à celui offert dans la région de son domicile, pour faciliter la continuité informationnelle. Lors de suivis téléphoniques et de rares rendez-vous, les techniques d'injection, les précautions lors d'hypoglycémies, le dosage des insulines et le calcul des glucides ont été discutés. Les prélèvements sont effectués de façon périodique et les nouveautés technologiques appropriées aux besoins spécifiques de Madame ont été proposées et expérimentées. L'attitude de l'infirmière est reconnue comme respectueuse et bienveillante : « *c'est une soie* », « *toujours encourageante* ».

Après aussi avoir consulté une nutritionniste en clinique privée, près de son domicile, pour détailler le calcul des glucides et l'autoajustement de l'insuline, Madame avait entrepris beaucoup de modifications alimentaires et perdu du poids. Rapidement, Madame s'est sentie en mesure d'ajuster elle-même ses doses d'insuline : « *Je comprends qu'elles doivent suivre le cadre d'ajustement, mais je trouvais que ça n'allait pas assez vite de cette façon, commencer à 2, puis 2 et encore nous n'atteignons pas le seuil attendu.* » « *Elle [l'infirmière] est prise dans un carcan... Après tout, je comprends le principe. Je vais augmenter tranquillement mes doses, puis j'ai monté par moi-même mes doses, tout simplement.* » Après avoir vécu deux hypoglycémies au volant, elle a mis en

place des précautions pour éviter et contrer les hypoglycémies. Présentement, Madame vit une période de découragement en raison de la reprise de la totalité du poids qu'elle avait perdu en début de traitement : *« Cet hiver, je suivais mon régime puis tout allait bien, le jour où j'ai eu un petit problème de santé... l'angoisse a monté et j'ai perdu le contrôle... »* Par ailleurs, elle relate que l'autoajustement comporte le risque de prendre du poids : *« Au début, j'avais tellement peur d'engraisser parce que j'avais entendu parler de ça, que l'insuline, ça faisait engraisser; alors je prenais ce que je devais prendre et c'est tout, je n'aurais jamais eu le goût d'en mettre plus. Mais là maintenant, j'ai passé ça, cela me désole! Dans la période où j'ai décroché, je me disais, si je mange ça, je vais mettre un peu plus d'insuline; mais ça te joue des tours, c'est sûr! Si tu en mets un peu plus, la glycémie est plus basse, mais tu engraisse! »*

Les tentatives d'intégrer l'activité physique régulièrement n'ont pas été fructueuses, car les courtes séances de marche la laissaient sans énergie. Près d'un an après le début du suivi infirmier, sa pertinence n'est plus perçue avec autant d'intensité qu'au début. Elle s'impatiente elle-même et trouve *« pas très utile de communiquer ses apports alimentaires et ses glycémies chaque semaine »*. *« C'est moi qui me le mets dans la bouche. »* Elle verbalise avoir davantage besoin d'un suivi centré sur le calcul avancé des glucides, associé à l'expertise de la nutritionniste. Dans le suivi offert au GMF, elle apprécie grandement pouvoir obtenir habituellement dans les 48 heures un contact, soit téléphonique soit en personne avec son médecin de famille, à sa demande lors de situations qui l'alarment: *« Je ne vais pas au sans rendez-vous, je vais au rendez-vous. »*

Madame établit un lien entre l'expression de la colère et la santé : *« Dire ma frustration ça ne règle pas l'ensemble de mon problème. [...] c'est cela qui me sauve, je suis une personne comme cela. »* Devant l'impasse actuelle, son médecin de famille a précisé un diagnostic *« d'anxiété de santé »* et lui a conseillé de consulter en psychologie. Madame est hésitante : *« ... dans les moments d'inquiétude devant un nouveau malaise, j'ai seulement besoin qu'elle [la médecin] prononce les mots magiques - ce n'est pas le cancer - et voilà, elle m'a fait épargner 150 \$. »*

Résumé de l'entrevue avec Madame Fournier

Après une journée de travail et à la veille d'un déménagement, Madame m'accueille à son domicile en présence de son mari retraité. Elle partage ses réflexions sur le suivi antérieur offert par des spécialistes et décrit les événements marquants qui l'ont amenée à accepter un suivi conjoint au GMF. Elle explique en détail comment se déroule le suivi actuel offert par l'équipe du GMF et celle du CLSC. Elle est suivie par une infirmière du GMF pendant le congé de maternité de son médecin de famille. Elle a participé à des séances d'information de groupe au CLSC et consulte individuellement la nutritionniste de cette équipe multidisciplinaire. Elle précise ses multiples gestes d'autogestion en vue de la stabilisation de sa glycémie. Le diabète est perçu comme un « *état de santé avec lequel on peut bien vivre; on peut s'en donner les moyens et un suivi professionnel sérieux en fait partie* ».

D'abord atteinte d'hypoglycémie, Madame fut par la suite diagnostiquée diabétique, il y a de cela près de 27 ans. À ce moment-là, l'insulinothérapie a été initiée par un premier spécialiste qui assurait un suivi aux trois mois. Au départ de celui-ci, un second endocrinologue a pris la relève et lui a offert un suivi tous les 18 mois. Au fil du temps, les hypoglycémies nocturnes sont devenues de plus en plus fréquentes : « *Je n'ai jamais été contrôlée. [...] Je n'avais pas un bon suivi, ç'a été là le plus gros manque que j'ai eu.* » Il y a 18 mois, la survenue d'hypoglycémie très sévère au volant la laissa comateuse, malgré les tentatives de correction de la glycémie par son mari. Madame a dû être hospitalisée dans la région visitée. Traumatisé à la suite de cet événement, son mari a pendant longtemps refusé de reprendre la route avec elle. Il s'inquiète encore intensément de sa condition. Cet incident a mis fin au lien avec le spécialiste.

Pendant qu'elle était à la recherche d'un nouveau spécialiste, son médecin de famille lui a proposé d'entreprendre un suivi avec l'infirmière. Au sujet de la première visite, Madame rapporte : « *Je ne suis pas un cas facile apparemment.* » L'infirmière lui répondit : « *C'est correct, moi je suis prête à relever le défi, puis si toi tu veux me faire confiance aussi, on va travailler ensemble.* » Malgré le congé de maternité du médecin de famille, depuis 6 mois, en alternance avec des rendez-vous, Madame reçoit des appels de 10-15 minutes qu'elle apprécie grandement. Un changement d'aiguille a été proposé et la révision de la technique d'injection a été profitable, car elle n'était pas optimale malgré des années d'insulinothérapie : « *Mais même à ça, même à ça, ma sœur et moi, on savait comment, mais on ne se piquait pas comme il faut.* » Les procédures en cas d'hypoglycémie ont aussi été révisées, les prélèvements périodiques sont organisés et, exceptionnellement, la

mesure d'HbA1c a été effectuée au GMF même. Les échanges actuels sont plus fréquents en raison d'un changement d'insuline. Tous les quatre jours, elle partage son relevé des glycémies avec son calcul détaillé des glucides et les doses injectées, cerne les facteurs influençant sa glycémie à l'aide des questions de l'infirmière et note les ajustements de doses d'insuline suggérés.

Madame salue la compétence de l'infirmière, sa bienveillance et sa réponse toujours rapide par téléphone en cas de demandes exceptionnelles, hors des rendez-vous prévus : « *J'ai un contact direct, c'est rassurant.* » Madame apprécie l'existence du dossier informatisé qui facilite la continuité informationnelle entre les deux infirmières : « *Je suis complètement en confiance.* » Par ailleurs, Madame profite parallèlement d'un suivi multidisciplinaire du CLSC qui lui a permis d'équilibrer ses repas, d'apprendre à lire les étiquettes alimentaires, de calculer les glucides, d'échanger avec des pairs et d'entreprendre une activité physique régulière. Madame a commencé à autoajuster l'insuline et envisage aisément que le suivi conjoint se distancera lorsque sa glycémie sera stabilisée. Récemment, elle a refusé l'offre d'un suivi par un endocrinologue, proposée par un membre de sa famille qui travaille dans un hôpital : « *Si je n'avais pas de résultats, c'est sûr que je changerais, mais j'ai le résultat. Je sais que je suis dans une bonne voie.* »

Comme personne diabétique, suivie pendant des années sans se faire offrir des ressources soutenant l'autogestion, elle affirme recevoir, maintenant, des soins dont tous les diabétiques nouvellement diagnostiqués devraient bénéficier : « *C'est un ensemble aussi, ce n'est pas juste le fait que l'infirmière est là, c'est le suivi, puis les explications qu'on a. Parce que quand on a un diagnostic, on devrait connaître ça au départ... Parce que tu comprends mieux aussi ce qui t'arrive.* »

Résumé de l'entrevue avec Monsieur Girard

Au cours de la journée, Monsieur m'accueille à son domicile en présence de sa belle-sœur qui partage son appartement depuis deux ans. Il est veuf depuis quatre ans. Il relate son suivi antérieur avec un urologue. Il partage avec enthousiasme les détails de son récent suivi avec l'équipe du GMF. Monsieur a participé aux séances d'information multidisciplinaire du CLSC et consulte sur une base individuelle la nutritionniste de ce programme. Il précise ses multiples gestes d'autogestion en vue de la stabilisation de sa glycémie, afin « *de vieillir en santé* ». Le diabète est perçu comme une condition à surveiller. Il se dit très satisfait de ses progrès et des services qu'il reçoit. Il vit à proximité de deux de ses filles dont l'une est diabétique. Présentement, il prend soin de sa belle-sœur septuagénaire qui a eu récemment un accident cardiovasculaire.

En 1991, des complications incommodes ont conduit Monsieur vers les soins d'un urologue qui lui a prescrit des hypoglycémifiants oraux. L'an dernier, ce même spécialiste lui a suggéré de passer à l'insuline « *pour protéger ses reins et éviter la dialyse* ». Son tout nouveau médecin de famille l'a alors référé au CLSC pour un suivi multidisciplinaire. Ce dernier lui a aussi offert un suivi conjoint avec l'infirmière du GMF pour assurer une meilleure continuité informationnelle. Le passage à l'insuline fut perçu comme « *une bonne nouvelle* », un « *progrès* » par rapport aux hypoglycémifiants oraux, car elle s'ajuste avec plus de précision. Lors de l'introduction de l'insuline dans le traitement, Monsieur avait des rendez-vous deux fois par semaine pour le premier mois, puis chaque semaine pour le second, puis toutes les deux semaines avec une infirmière du GMF. Il se prépare aux rencontres en tenant quotidiennement une feuille détaillée des glycémies pré-post prandiales, de l'heure de la prise de glycémie, des doses injectées et des aliments consommés. « *Il faut se préparer, car quand je vais la voir, je vais me faire soigner.* » Il produit aussi un résumé qu'il remet à l'infirmière et qu'ils révisent ensemble : « *C'est comme cela que j'ai appris à faire mes ajustements [...] avec les conseils et les explications.* » Il a bénéficié des séances de groupe du CLSC qu'il juge fort instructives, surtout à l'égard de la nutrition. D'ailleurs, il poursuit un suivi individuel aux six mois avec la nutritionniste qu'il apprécie grandement. Après un an de suivi multidisciplinaire, Monsieur conclut : « *Je suis satisfait de ce que j'ai entrepris [...] moi, j'aime avancer.* » Il effectue les prélèvements périodiques, analyse les étiquettes des aliments fréquemment consommés, autoajuste son insuline, a réussi à diminuer les doses initiales d'insuline en augmentant son activité physique et a perdu du tour de taille. Il effectue au moins trois activités physiques chaque semaine. Il ressent les

hypoglycémies et met en œuvre rapidement les mesures correctives, le cas échéant. Monsieur reçoit des rétroactions très positives des intervenants et cela l'encourage.

Monsieur a accepté facilement la référence aux services du CLSC avec lesquels il avait eu une relation positive, particulièrement avec les intervenants des soins à domicile à l'occasion du cancer terminal de sa conjointe. En fait, plus récemment, il a incité sa belle-sœur à profiter de services appropriés à sa situation. Néanmoins, Monsieur est conscient que les deux organisations de « *ne se correspondent pas* », alors il valide lui-même les explications et consignes provenant du CLSC auprès de l'infirmière du GMF: « *Je fais le pont entre eux* », dit-il.

Ainsi entouré, il se sent en sécurité : « *Je ne tomberai pas entre deux chaises.* » Pour l'avoir expérimenté à quelques occasions déjà, Monsieur a la certitude que, même en dehors des moments d'échange prévus, il peut avoir accès à l'infirmière très rapidement. Lorsqu'il a des doutes ou des préoccupations, il n'hésite pas à communiquer avec elle. D'ailleurs, il y a 15 jours, Monsieur a eu une faiblesse inexpliquée. Ayant repris connaissance, après un malaise suivi d'une chute de la position assise, il a vérifié sa pression et sa glycémie. Inquiet, car ni l'un ni l'autre était anormal, Monsieur a profité d'une visite au GMF déjà prévue le lendemain pour sa belle-sœur pour « *passer voir l'infirmière* ». Après avoir été informée de la situation, celle-ci est allée « *de bon pas, immédiatement, au bureau du médecin de famille* »; une visite médicale a été organisée la journée même, l'investigation se poursuit.

Résumé de l'entrevue avec Madame Herman

Après une journée de travail, Madame m'accueille chaleureusement à son domicile. Elle partage ses réflexions et les détails des suivis antérieurs et actuels avec l'équipe du GMF. Accompagnée par le même médecin de famille depuis l'annonce du diabète, elle a participé aux séances de groupe multidisciplinaire du CLSC, ainsi qu'à un suivi individuel en nutrition. Elle relate ses multiples gestes d'autogestion en vue de la stabilisation de sa glycémie, et aussi plus personnellement en vue d'une perte de poids très souhaitée. Le diabète est perçu comme « *une contrainte qui exige une routine qui isole et qui hypothèque dès qu'on l'ignore* ».

Diabétique de longue date, Madame a été diagnostiquée par son même médecin de famille qui la suit encore. D'abord traitée aux hypoglycémifiants oraux, elle a participé aux séances d'information du CLSC. Elle y a appris beaucoup et a amorcé de nombreux changements. Il y a un an, l'insuline a été introduite dans le cadre d'un suivi conjoint au GMF : « *Cela a été tout un début!* » En effet, Madame relate avoir eu des vomissements violents, une réaction physiologique inexpliquée jusqu'à ce jour, qui a suscité des préoccupations pour Madame et pour laquelle le médecin de famille a fourni une surveillance accrue pendant les 48 heures suivantes. L'infirmière du GMF lui a enseigné les techniques d'injection et révisé les procédures en cas d'hypoglycémie. Elle offre des explications et des conseils pour optimiser le traitement, encourage les modifications d'habitudes de vie et organise les prélèvements périodiques. Lors des échanges téléphoniques hebdomadaires d'approximativement 20 minutes, Madame partage les éléments notés sur son carnet de bord qu'elle a personnalisé. Celui-ci est plus complet qu'un carnet de glycémie usuel, car il mentionne, en plus des glycémies et des doses injectées, les maladies passagères, la fatigue, le niveau de stress, l'eau consommée, la quantité des groupes alimentaires consommés et les activités physiques réalisées. Elle cerne les facteurs influençant sa glycémie, note les ajustements à faire ou valide ses ajustements. Elle profite des échanges pour partager ses préoccupations du moment qui s'inscrivent dans une relation satisfaisante avec l'infirmière. Celle-ci est perçue comme étant « à l'écoute et non-jugeante ». Devant une action à prendre concernant la meilleure façon de gérer une diminution de la médication, elle a pu constater que la discussion entre l'infirmière et le médecin a mené à une décision finale, selon la position prônée par le médecin. Lorsqu'elle a accepté le suivi conjoint, elle ne réalisait pas l'intensité de celui-ci, mais elle évalue positivement cet accompagnement. Au sujet de l'équipe du GMF, Madame salue sa bienveillance par l'accès téléphonique rapide en cas de préoccupations exceptionnelles et en cherchant comment lui « *simplifier la vie, en accommodant*

des rendez-vous selon ses besoins et préférences ». Vivant seule, la crainte initiale de faire des hypoglycémies, particulièrement la nuit, s'est atténuée avec le temps.

Parallèlement à l'introduction du suivi conjoint au GMF, Madame a été référée à nouveau au CLSC. Malgré qu'elle ait participé antérieurement à ce type de groupe et qu'une partie des explications aient été de la redite, elle a apprécié l'intervention du kinésiologue, les explications plus poussées sur l'action des médicaments et l'intervention de la nutritionniste avec laquelle elle poursuit un suivi individuel : « *J'ai ramassé des trucs de plusieurs sources; j'ai des succès; je mange bien, plus varié et j'ai réduit mes quantités [...] parfois, je me joue des tours, je mange trop, je minimise.* » « *Je me désole de ne pas perdre du poids avec tous mes efforts.* » Consciente que les traitements pharmacologiques lui permettent de continuer de vivre plus longtemps que les diabétiques d'antan, elle dénonce « *les effets secondaires qui s'additionnent* » et que « *la réponse à un problème soit toujours l'ajout d'un autre médicament* ». Elle déploie plusieurs stratégies pour ne pas oublier de prendre sa médication et sa pression artérielle, respecter les recommandations alimentaires et pour remplir son carnet de bord détaillé, car « *écrire ça aide* ». Présentement, la lassitude est bien tangible. La prise en charge de ses conditions chroniques par une mobilisation de tous les éléments favorables au quotidien, jour après jour, lui pèse. Elle constate même avoir oublié de prendre son insuline deux fois dans les derniers jours : « *Il me faut les avoir à la vue, cela me force à y penser. Le surplus de poids et le diabète, c'est lourd à porter.* » Elle contemple la possibilité de consulter en psychologie pour « *explorer des questions plus intimes et comprendre davantage sa relation avec la nourriture et sa vie en général* ». Devant les bénéfices ressentis de la marche plus régulière, elle déplore que ces nouvelles habitudes ne soient pas consolidées.

Résumé de l'entrevue avec Monsieur Iberville

Lors d'une pause au travail, Monsieur m'accueille dans son environnement de travail. Il partage les détails de son suivi actuel avec l'équipe du GMF et du suivi individuel en nutrition offert par le CLSC. Il précise ses multiples gestes d'autogestion pour stabiliser sa glycémie « *en vue d'éviter les complications à long terme* ». Au cours des cinq derniers mois, la vision du diabète s'est transformée et ses habitudes de vie ont aussi radicalement changé : « *J'ai choisi de prendre mon diabète au sérieux.* ». Il bénéficie de l'appui de sa conjointe, particulièrement à l'égard de la préparation des repas.

Diagnostiqué depuis quelques années, il prenait ses médicaments sans conviction, car il ne ressentait pas de symptômes liés au diabète. Malgré plusieurs tests non optimaux et un appel de la secrétaire médicale insistant pour qu'il se présente à son rendez-vous, Monsieur ignore la pertinence du suivi : « *J'ai sauté les rendez-vous pour prioriser le travail.* » Il ne modifie pas ses habitudes de vie : « *Je savais que je ne faisais pas ce qu'il fallait pour obtenir des résultats recommandés. [...] Les rares fois où je prenais ma glycémie, elle se situait entre 15 et 21.* » Entre deux prélèvements sanguins périodiques, un incident l'ébranle. Lors d'un malaise important après un repas copieux entre amis, il prend sa glycémie au hasard d'une suggestion d'un ami diabétique muni d'un lecteur de glycémie. Il constate alors une glycémie à 29,4 qu'il qualifie « *du jamais vu* ». Au rendez-vous médical suivant déjà prévu, il relate cette situation. Le médecin évoque l'éventualité d'un coma diabétique comme issue de pareilles circonstances et suggère qu'il agit avec désinvolture, car il n'est pas réellement conscient des conséquences du diabète. Son médecin lui propose alors un suivi conjoint avec l'infirmière.

Trois semaines plus tard, une seule rencontre en face à face avec l'infirmière permet de clarifier les conséquences à long terme du diabète. Tenue dans un langage simple, concret et direct, la rencontre avec l'infirmière a suscité une réflexion personnelle le soir même : « *Si je suis sobre depuis 15 ans, et j'ai arrêté de fumer deux paquets par jour, il y a 10 ans, je peux tenter de changer quelque chose pour le diabète.* » Par la suite, les appels téléphoniques hebdomadaires se suivent pendant cinq mois. Il se prépare à ceux-ci en envoyant à l'infirmière le relevé de son tableau personnalisé contenant des détails sur son alimentation, les taux et les heures de prise de glycémie. L'analyse, faite conjointement avec l'infirmière, alimente la discussion. Parallèlement, il a bénéficié des services de son CLSC. Cependant, il a mis un terme au lien avec l'infirmière de cette organisation, étant donné que son discours était « *moins direct, moins clair entre tes choix et leurs*

conséquences. » Cela l'interpellait moins. Il rapporte une phrase de l'infirmière pour illustrer ses propos : « *Vous savez, en général, c'est moins bon pour les gens, il faudrait changer, même si parfois c'est difficile.* » Il maintient cependant les suivis individuels avec la nutritionniste qu'il juge fort instructifs. Dorénavant, il décide de réactiver les principes des Alcooliques Anonymes qu'il estime très profitables pour lui. Il a banni complètement les aliments d'exception, a varié les aliments consommés, a régularisé sa prise de médicaments et a introduit le vélo et la marche rapide quotidiennement. Il boit davantage d'eau, moins de café et limite les boissons gazeuses. Il travaille à diminuer ses portions. Il a perdu du poids et la dose nécessaire des médicaments a pu être diminuée, il doit maintenant être vigilant et gérer les hypoglycémies. « *Présentement, mes glycémies se situent entre 5,2 et 7,8. Je me sens bien, je suis plus en forme. Maintenant, je fais des tests avec des aliments consommés et ma glycémie.* »

À l'invitation de l'infirmière d'appeler, peu importe l'objet, il a téléphoné lorsqu'il était découragé d'une glycémie au lever : « *Elle a des réponses qui me sécurisent et augmentent ma compréhension des choses.* » Il apprécie en particulier que l'infirmière adopte un discours factuel, dédramatisant, empreint d'humour et responsabilisant. Devant sa déception exprimée de ne pouvoir participer à l'atelier de lecture des étiquettes offert au CLSC, l'infirmière lui a trouvé un milieu qui offre l'activité le soir pour accommoder son horaire de travailleur. Monsieur valorise le partage avec les pairs : « *Je n'ai que des éloges pour cette professionnelle.* » Pour sa part, il se qualifie comme une personne excessive qui est capable de changements radicaux. Il a affirmé à la nutritionniste, enchantée des changements si rapides : « *Je n'aimerai jamais les légumes, mais je les mange, car je choisis de le faire pour éviter des complications que je ne veux pas.* » Après une période d'adaptation, il est satisfait des résultats. Avisé par les deux professionnels que les restrictions trop sévères provoquent souvent un relâchement excessif ultérieur, il répond : « *Je suis bien parti. [...] comme dans le reste, on n'est jamais obligé d'exagérer.* »

Lors du récent échange téléphonique avec l'infirmière du GMF, il a soulevé la possibilité de modifier le suivi en proposant de lui faire parvenir ses relevés régulièrement, sans nécessairement avoir une conversation planifiée. Compte tenu des paramètres actuels, l'infirmière a accepté cette entente en soulignant qu'elle les analyserait et en réitérant sa disponibilité pour toute question ou tout besoin éventuels. Le prochain rendez-vous avec le médecin traitant est prévu bientôt; monsieur a été avisé par l'infirmière qu'il sera question de taux optimal du cholestérol. Selon lui, une clé de l'autogestion, c'est « *être honnête avec soi-même d'abord, puis avec les professionnels* »; l'autre clé est « *de garder*

son calme pour résoudre les problèmes quand ils se présentent sans se laisser emporter par trop d'émotion ».

Résumé de l'entrevue avec Monsieur Jamad

Monsieur m'accueille à son domicile en soirée après une journée de travail en présence discrète de ses deux jeunes enfants. Récemment dépisté par un test effectué par une compagnie d'assurance au moment d'un achat immobilier, il a été pris en charge par un médecin à la clinique du sans rendez-vous du GMF. Trois jours après ce rendez-vous, il a rencontré une infirmière du GMF. L'inscription aux séances d'information du CLSC a été orchestrée par cette même infirmière. Cependant, devant les résultats très encourageants obtenus en trois mois, Monsieur ne souhaite plus y participer pour l'instant. Au cours de l'entrevue, Monsieur explique les conditions qui l'ont aidé à stabiliser ses glycémies et précise les nouveaux gestes d'autosoin qu'il pose avec régularité.

Saisi par surprise devant un tel diagnostic, il a été rassuré par les paroles de l'infirmière qui lui a présenté des statistiques confirmant « ... *que le diabète est la maladie du siècle* ». Cependant, Monsieur a trouvé difficile d'entrevoir la permanence de son état, surtout dans la perspective de devoir faire des prises de glycémies fréquentes et régulières « *Au début j'étais très inquiet : est-ce que je vais me piquer comme cela tout le reste de ma vie?* » Curieux de se situer dans cette nouvelle réalité, Monsieur a questionné son entourage immédiat pour constater que plusieurs hommes de son âge vivaient avec ce même diagnostic. Les visites régulières au bureau de l'infirmière lui ont permis d'être sensibilisé à sa condition de santé et aux gestes préventifs à considérer. Maintenant qu'il connaît les signes et symptômes associés à l'hyperglycémie, il reconnaît que le diabète s'était installé plusieurs mois avant le test révélateur. Mis au fait des complications possibles, il a suivi rigoureusement les conseils de l'infirmière qui lui étaient offerts dans une perspective de décision partagée plutôt que d'obligation à mettre en œuvre : « *Nous avons établi un plan* », « *Notre entente était...* ». Les heures de repas, les aliments ingérés, la prise de médicament et de glycémies, puis les heures consacrées aux activités sportives ont été révisés. Monsieur a aussi diminué de façon importante sa consommation de boissons gazeuses.

Monsieur mentionne avoir téléphoné à quelques reprises à l'infirmière hors des rendez-vous fixés d'avance pour des préoccupations sur des signes et des symptômes. Par des retours d'appel rapides, l'infirmière lui offre toujours « *des informations qui rassurent* ». Les glycémies normales constatées par Monsieur, lors de deux oublis de prise de médication, ont justifié un téléphone à l'infirmière. Dans cette situation d'exception, l'infirmière a consulté le médecin avant de prendre la décision de diminuer la dose. Dans un premier temps, l'approche du suivi infirmier a été plus intensive, avec une personnalisation du plan de surveillance et de traitement. Dans un deuxième temps, le suivi

infirmier s'est effectué en fonction des glycémies observées est jugée très appropriée par Monsieur. L'utilisation de la machine d'analyse de l'HbA1c, fournie par une compagnie pharmaceutique, deux mois après avoir commencé les changements d'habitudes de vie, offre dans des conditions jugées accommodantes, une information encourageante. Rassuré et bien informé, Monsieur ressent une fierté face à sa démarche. Lorsque Monsieur compare sa trajectoire avec son entourage diabétique, il reconnaît que l'engagement dont il a fait preuve a reposé d'abord et avant tout sur le fait « *d'être honnête envers lui-même* ». Faire de « *fausses déclarations aux professionnels de la santé sur ce que l'on mange* », comme plusieurs diabétiques de son entourage lui ont rapporté faire, « *ne mènent à rien de bon* ». Faciliter l'accès à des installations sportives à proximité est le seul point d'amélioration des services que Monsieur verbalise.